

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO
WHOQOL- OLD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR DE QUITO.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

HERRERA CELA CAROLINA BELÉN

MORA SANTACRUZ JORGE HUMBERTO

**TUTOR METODOLÓGICO: DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS MD,
PhD.**

QUITO, 2016

TÍTULO: PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO WHOQOL- OLD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE QUITO.

LUGAR: HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE QUITO.

AUTORES: HERRERA CELA CAROLINA BELÉN

MORA SANTACRUZ JORGE HUMBERTO

TUTOR METODOLÓGICO: DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS. PhD, MD.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a todas las personas que contribuyeron en esta investigación.

A la Dra. Susana Tito Lucero, Gerente del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, por abrirnos las puertas de su institución y por su apoyo y guía desinteresada en la realización de este trabajo.

Al Dr. Rommel Espinoza de los Monteros, por su guía y orientación oportuna en este trabajo de investigación.

Al Dr. Carlos Hidalgo, por su destacado y eficaz apoyo para la culminación de este trabajo.

A los pacientes atendidos en el Hospital Integral del Adulto Mayor que colaboraron con nuestra investigación por su paciencia, su tiempo y sus historias. Agradecemos también al personal de salud y administrativo del HAIAM, por su buena predisposición y apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Al grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL Group), por facilitarnos las herramientas y manuales pertinentes para el desarrollo de esta investigación.

A las autoridades y cuerpo docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Facultad de Medicina, por contribuir con nuestra formación holística como médicos, por brindarnos el conocimiento y las herramientas para el desarrollo de nuestra vida profesional.

A nuestros amigos, por su amistad sincera y apoyo, para lograr este importante objetivo de nuestra carrera.

A nuestras familias, por su esfuerzo, su paciencia y su apoyo incondicional.

Los Autores

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo y nuestro esfuerzo a lo largo de la carrera a nuestros padres, y nuestra familia, por su apoyo y amor, por ser el motor e incentivo fundamental en nuestra vida.

Los Autores

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS	III
DEDICATORIA	IV
TABLA DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
GLOSARIO DE SIGLAS	XIII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT.....	XV
CAPÍTULO I.....	- 1 -
INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPÍTULO II.....	- 3 -
MARCO TEÓRICO	- 3 -
<i>Envejecimiento, la vejez y los adultos mayores</i>	<i>- 3 -</i>
Adulto mayor.....	- 3 -
Envejecimiento.....	- 4 -
Envejecimiento poblacional	- 8 -
El Adulto Mayor en Ecuador	- 10 -
Transición demográfica	- 10 -
Perfil epidemiológico	- 11 -
Condiciones Sociales	- 12 -
Envejecimiento Activo.....	- 13 -
Políticas y programas de Envejecimiento Activo.....	- 13 -
Determinantes del envejecimiento activo.....	- 14 -
Determinantes de la cultura y el género.....	- 15 -
Determinantes de servicios sociales y sistemas sanitarios.....	- 16 -
Determinantes relacionadas con los hábitos	- 17 -
Determinantes del entorno físico	- 20 -
Determinantes relacionadas con el entorno social	- 21 -
Determinantes Económicos.....	- 23 -
<i>Calidad de vida.....</i>	<i>- 25 -</i>
Salud y enfermedad	- 25 -
Definición e historia.....	- 26 -

Criterios de calidad de vida.....	- 28 -
Ventajas del criterio de calidad de vida	- 28 -
Peligros del criterio de calidad de vida.....	- 29 -
Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez.....	- 30 -
Muerte: El final de la vida	- 30 -
Participación social y relación con los demás	- 35 -
Desarrollo del proceso de identidad	- 35 -
Redes de apoyo: Composición y eje de la Calidad de Vida	- 36 -
Adulto Mayor y Participación	- 39 -
La religión y el envejecimiento	- 40 -
Vida en pareja.....	- 43 -
Matrimonios que fracasan	- 43 -
Nuevas nupcias	- 45 -
Aquellos que nunca se casaron	- 48 -
Sexualidad en los Adultos Mayores	- 49 -
Cambios en la respuesta sexual en los Adultos Mayores.....	- 51 -
Factores que condicionan la actividad sexual en la vejez / Ventajas de la vejez	- 52 -
Influencia del historial de salud	- 52 -
Calidad de vida relacionada con la salud.	- 55 -
Dependencia	- 57 -
Tipos de dependencia.....	- 59 -
Privación Sensorial en el Adulto Mayor.....	- 61 -
Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor.....	- 61 -
Déficit auditivo como síndrome de privación sensorial.....	- 62 -
Déficit visual como síndrome de privación sensorial	- 63 -
Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL-Old.....	- 64 -
CAPÍTULO III.....	- 66 -
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS	- 66 -
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 66 -
1.1 Pregunta de Investigación	- 66 -
2. HIPÓTESIS.....	- 66 -
3. OBJETIVOS.....	- 67 -
OBJETIVO GENERAL.....	- 67 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 67 -
CAPÍTULO IV.....	- 68 -
MATERIALES Y MÉTODOS.....	- 68 -
1. DISEÑO DEL ESTUDIO	- 68 -
2. ÁREA DE ESTUDIO.....	- 68 -
2.1. Universo:.....	- 68 -

2.2.	Muestra:	- 68 -
2.3.	Criterios de inclusión y exclusión	- 69 -
2.3.1.	Criterios de inclusión	- 69 -
2.3.2.	Criterios de exclusión	- 69 -
3.	<i>OPERALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	- 70 -
3.1.	Variables sociodemográficas	- 70 -
3.2.	Variables de morbilidad	- 71 -
3.3.	Variables de satisfacción	- 71 -
3.4.	Variables de Calidad de vida	- 72 -
4.	<i>PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN</i>	- 73 -
4.1.	Fuente de obtención de datos	- 73 -
4.1.1.	Prueba piloto.....	- 73 -
4.1.2.	Adecuación del Instrumento	- 73 -
4.1.3.	Ejecución de instrumentos.....	- 73 -
5.	<i>ANÁLISIS DE DATOS</i>	- 74 -
5.1.	Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.....	- 74 -
6.	<i>ASPECTOS BIOÉTICOS</i>	- 76 -
CAPÍTULO V.....		- 77 -
RESULTADOS		- 77 -
1.	<i>ANÁLISIS UNIVARIAL</i>	- 77 -
1.1	Variables sociodemográficas	- 77 -
	Sexo	- 77 -
	Edad.....	- 78 -
	Estado civil	- 79 -
	Convivencia.....	- 80 -
	Nivel de instrucción	- 81 -
	Identificación étnica	- 82 -
1.2	Variables de morbilidad	- 83 -
	Enfermedades reportadas por pacientes.....	- 83 -
1.3	Variables de Calidad de Vida en adultos mayores.....	- 85 -
	Puntaje global de Calidad de Vida	- 85 -
	Dimensiones de Calidad de Vida WHOQoL-OLD	- 87 -
	Distribución de puntajes de las dimensiones respecto a categorías de calidad de vida.	- 87 -
1.4	Variables de Nivel de Satisfacción.....	- 89 -
	Satisfacción con el estado de salud.	- 89 -
	Satisfacción con la calidad de vida.....	- 89 -
2.	<i>ANÁLISIS BIVARIAL</i>	- 90 -
	PUNTAJE GLOBAL CALIDAD DE VIDA VS EDAD	- 90 -
	CALIDAD DE VIDA VS ESTADO CIVIL	- 91 -
	CALIDAD DE VIDA VS CONVIVENCIA	- 92 -

CALIDAD DE VIDA VS INSTRUCCIÓN.....	- 93 -
CALIDAD DE VIDA VS SEXO	- 94 -
CALIDAD DE VIDA VS ENFERMEDADES.....	- 95 -
CALIDAD DE VIDA VS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA WHOQoL-OLD.....	- 97 -
DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA VS EDAD	- 98 -
SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA VS CALIDAD DE VIDA	- 99 -
Distribución nivel de satisfacción con la calidad de vida y calidad de vida.	- 99 -
SATISFACCIÓN CON EL ESTADO DE SALUD VS CALIDAD DE VIDA	- 100 -
Distribución nivel de satisfacción con el estado de salud y calidad de vida.	- 100 -
3. ANÁLISIS DE FIABILIDAD.....	- 101 -
CAPÍTULO VI.....	- 102 -
DISCUSIÓN.....	- 102 -
CAPÍTULO VII.....	- 109 -
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES	- 109 -
CONCLUSIONES	- 109 -
LIMITACIONES	- 111 -
RECOMENDACIONES.....	- 112 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 113 -
APÉNDICE.....	- 128 -
APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	- 128 -
APÉNDICE 2. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE MORBILIDAD.....	- 130 -
APÉNDICE 3. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PACIENTES	- 131 -
APÉNDICE 4. CUESTIONARIO: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – OLDER ADULTS (WHOQoL-OLD)	- 132 -

Índice de tablas

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en el Ecuador	- 11 -
Tabla 2 Sexualidad en la vejez. Diferencias hombre/mujer.	- 51 -
Tabla 3 Variables sociodemográficas	- 70 -
Tabla 4 Variables de morbilidad	- 71 -
Tabla 5 Variables de satisfacción.	- 71 -
Tabla 6 Variables de Calidad de vida.	- 72 -
Tabla 7. Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.	- 75 -
Tabla 8. Frecuencias absolutas y relativas de enfermedades reportadas.....	- 84 -
Tabla 9. Frecuencias absolutas y relativas de Calidad de Vida según WHOQoL- OLD.....	- 86 -
Tabla 10. Frecuencias absolutas de puntuación en las dimensiones de calidad de vida	- 87 -
Tabla 11. Análisis bivarial. Calidad de vida global vs Edad	- 90 -
Tabla 12. Análisis bivarial. Estado civil vs Calidad de vida	- 91 -
Tabla 13. Análisis bivarial. Convivencia vs Calidad de vida	- 92 -
Tabla 14. Análisis bivarial. Instrucción vs Calidad de vida	- 93 -
Tabla 15. Análisis bivarial. Sexo vs Calidad de vida.....	- 94 -
Tabla 16. Análisis bivarial. Enfermedad vs Calidad de vida	- 96 -
Tabla 17. Análisis bivarial. Calidad de vida vs Dimensiones de calidad de vida. ^{a,b}	- 97 -
Tabla 18. Análisis bivarial. Dimensiones de calidad de vida. vs edad	- 98 -
Tabla 19. Análisis bivarial. Satisfacción con la calidad de vida vs Calidad de vida	- 99 -
Tabla 20. Análisis bivarial. Satisfacción con la salud vs Calidad de vida según WHOQoL-OLD.....	- 100 -
Tabla 21. Análisis de fiabilidad	- 101 -

Índice de gráficos

Gráfico 1. Determinantes del Envejecimiento activo.	14 -
Gráfico 2. Frecuencia relativa de distribución por sexo de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.....	77 -
Gráfico 3. Histograma de distribución por edad de 249 pacientes entrevistados del servicio de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	78 -
Gráfico 4. Frecuencia relativa de distribución según estado civil de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	79 -
Gráfico 5. Frecuencia relativa de distribución según convivencia de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	80 -
Gráfico 6. Frecuencia relativa de distribución según nivel de instrucción de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	81 -
Gráfico 7. Frecuencia relativa de distribución según identificación étnica de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	82 -
Gráfico 8. Distribución de enfermedades reportadas en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	83 -
Gráfico 9. Histograma de puntuaciones obtenidas en el cuestionario WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.....	85 -
Gráfico 10. Puntuación media obtenida en dimensiones consideradas en WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.....	87 -
Gráfico 11. Distribución porcentual de puntuación de las dimensiones de calidad de vida de WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	88 -
Gráfico 12. Nivel de satisfacción respecto al estado de salud general de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	89 -

Gráfico 13. Nivel de satisfacción respecto a calidad de vida percibida de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016	- 89 -
Gráfico 14. Gráfico de dispersión de la correlación entre edad y calidad de vida en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 90 -
Gráfico 15. Distribución Estado civil y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 91 -
Gráfico 16. Distribución convivencia y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 92 -
Gráfico 17. Distribución instrucción y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 93 -
Gráfico 18. Distribución sexo y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 94 -
Gráfico 19. Distribución relación calidad de vida y enfermedades reportadas de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 95 -
Gráfico 20. Relación dimensiones y calidad de vida en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.	- 97 -
Gráfico 21. Satisfacción con la calidad de vida y Calidad de vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.	- 99 -
Gráfico 22. Satisfacción con la salud y Calidad de vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.	- 100 -

Glosario de siglas

AM	Adulto Mayor
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Población Adulta Mayor
SPS	Síndrome de Privación Sensorial
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VGI	Valoración Geriátrica Integral
WHOQoL-OLD	World Health Organization Quality of Life- Olders.

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la percepción de calidad de vida en aspectos propios de la vejez y su relación con variables sociodemográficas en adultos mayores de la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Metodología: Este es un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron a 249 pacientes de la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el cuestionario WHOQoL-OLD para calidad de vida.

Resultados: Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes estudiados se obtuvo una media de edad de 76,08, la mayoría de pacientes fueron de sexo femenino (65%), casados (46%), que conviven con sus parejas (27%) o hijos (27%), con instrucción primaria (54,6%), mestizos (80%). Las enfermedades mayormente reportadas fueron: Hipertensión Arterial (49.8%), alteraciones osteoarticulares (41%), alteraciones visuales (27.7%) y auditivas (26.9%). De acuerdo al puntaje global de calidad de vida se obtuvo una media de 85,5 sobre 120 puntos. El 85% de los adultos mayores percibe su calidad de vida como buena calidad y el 15% como medianamente buena. El coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento fue de 0,72.

Conclusiones: Existe una relación inversa débil y significativa ($p \leq 0,05$) entre edad y calidad de vida, y entre edad y las dimensiones de calidad de vida excepto la dimensión de conformidad con la muerte. Los hombres puntúan mejor que las mujeres en las dimensiones de intimidad y conformidad con la muerte ($p \leq 0,05$). Los adultos mayores que viven con sus parejas o con su pareja e hijos tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, con sus hijos o con otro familiar. Los adultos mayores separados, viudos y solteros tienen menor percepción de calidad de vida. La mayor escolaridad se asocia con puntajes más altos en calidad de vida, sin significancia estadística. Las dimensiones de intimidad y participación social tienden a empeorar al disminuir la escolaridad ($p \leq 0,5$). Los adultos mayores que presentan alteraciones auditivas tienen una menor calidad de vida ($p \leq 0,01$).

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, WHOQoL-OLD.

ABSTRACT

Introduction: The present study wants to determine the perception of Quality of Life in older age issues and sociodemographic variables in Older Adults at the Hospital of comprehensive care of the elderly. (Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor).

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study. 249 patients were included. The WHOQOL-OLD Questionnaire of Quality of Life and a questionnaire of sociodemographic data were used.

Results: According to the sociodemographic characteristics of the patients studied, an average of age of 76.08 was get, the most of patients were female (65%), married (46%), living with their partners (27%) or sons (27%), with primary education (54.6%), mestizos (80%). Diseases mostly reported were: hypertension (49.8%), musculoskeletal disorders (41%), visual deficit (27.7%) and auditory (26.9%). According to the global score of Quality of Life an average of 85.5 points Over 120 was obtained. 85% of older adults perceive their quality of life as good and 15% as moderately good. Cronbach's alpha coefficient for the instrument was 0.72.

Conclusions: There is a weak inverse relationship and a significant relationship ($p \leq 0.05$) between age and Quality of Life, and between age and the dimensions of quality of life, except the dimension of conformity with death. Men got better scores than women in the dimensions of intimacy and conformity with death ($p \leq 0.05$). The Older adults living with their partners or partners and sons have better perception of quality of life than those who live alone, with their sons or other family member. The older adults separated, widowed and single have lower perceived Quality of Life. The more schooling is associated with high scores better quality of life, without statistical significance. Dimensions of intimacy and social participation, tend to worsen with decreasing schooling ($p \leq 0.05$). The Older adults with hearing deficit have a lower quality of life ($p \leq 0.01$).

Keywords: Quality of Life, elderly, WHOQOL-OLD, Older Adults.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, el envejecimiento poblacional se ha visto favorecido por la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. En los próximos años se observará una mayor demanda de atención médica por parte de este grupo poblacional, por lo que resulta fundamental contar con herramientas y mecanismos que sean eficientes en dicha atención médica.

En la actualidad se habla ya de una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que se define según Rubenstein como: “el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo”. La VGI utiliza instrumentos o escalas estandarizadas, que permiten medir de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos relativos a las diferentes esferas evaluadas en el adulto mayor, esto es fundamental para facilitar la recolección de información, mejorar la transmisión entre profesionales e igualar criterios, estas escalas deben considerarse como herramientas complementarias para la valoración de los pacientes, teniendo en cuenta siempre que lo fundamental en la hora de realizar diagnósticos es la clínica (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2011, p.16).

Con el aumento de la esperanza de vida, los años añadidos debieran ser años de calidad, que conlleven una salud razonable, menor discapacidad, la satisfacción de necesidades básicas, entre otros; los médicos y demás profesionales afines a la salud en busca de una atención integral

del adulto mayor, debieran valorar la percepción propia del paciente frente a la consecución de estas medidas, aunque la valoración de calidad de vida no se encuentre estandarizada o no conste dentro de la VGI.

El Ecuador cuenta con pocos centros hospitalarios especializados para la atención del adulto mayor, partiendo del supuesto de que la atención en un Hospital Geriátrico brindara un soporte específico e integral al adulto mayor, y que la calidad de los servicios de salud percibida desde los usuarios se relacionaría con la calidad de vida en general, se esperaría que a mejor calidad de servicio ofertada, exista una mejor calidad de vida percibida; por lo que resulta importante determinar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores del HAIAM, para que en la práctica clínica diaria se pueda orientar a la identificación de problemas de manera global, adicionalmente esta determinación permitirá proponer ajustes de mejoras en distintas áreas en el modelo de atención de la institución.

Se cuenta con diversas herramientas para la valoración de calidad de vida en la población general o con patologías específicas, pero la población anciana es un grupo con características únicas y, como tal, presenta unas especificidades relevantes con respecto a la calidad de vida.

La escala WHOQOL-OLD parece ser una herramienta completa y específica para población adulta mayor, aplicable en la práctica clínica diaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento, la vejez y los adultos mayores

Adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a “quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados”. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países.

La OMS presenta además una subdivisión de los adultos mayores en las siguientes categorías: tercera edad o “senectud gradual” entre 60–74 años, cuarta edad o “vejez declarada” entre 75–89 años, longevidad entre 90-99 años y centenarios con más de 100 años”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas adultas mayores, a “aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento”.

Según la Constitución de la República del Ecuador “Art.35...Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad....”

Partiendo de la definición del grupo poblacional del adulto mayor, encontramos diversos enunciados que conceptualizan esta población, varios relacionados a la edad cronológica de la persona; no obstante son definiciones relativas que dan una aproximación biológica de un individuo. (Sigüenza-Pacheco M, Sigüenza-Pereira C, Sinche N, 2013)

Envejecimiento

Rubio & Castro (2012) en una referencia histórica mencionan que:

“Durante milenios la humanidad caminó por nuestro planeta con una corta esperanza de vida; en la Edad de Bronce, reportes del Imperio Sumerio, hace más de 4 000 años, fijaban la esperanza de vida del ser humano en 35 años; los sujetos que llegaban a la senectud eran considerados los sabios o consejeros de las tribus y sus gobernantes.... A pesar de los esfuerzos de la medicina alternativa, la esperanza de vida no se modificó en los siguientes 4 000 años”... (pag. XVII).

La corta esperanza de vida para la humanidad hasta principios del siglo XX se debía principalmente a la presencia de un sin número de patologías que actualmente han sido superadas o controladas. De estas destacan: la alta mortalidad perinatal, las enfermedades infecto-contagiosas que diezmaban gran parte de la población al presentarse en todos los niveles de las sociedades, por ejemplo pandemias de peste, gripe, etc.; estas afectaron de forma importante a todas las civilizaciones del mundo a lo largo de la historia. Finalmente, aunque en menor grado, se producían fallecimientos por fallos vasculares. A estas causas se añadían accidentes de todo tipo (laborales, guerras, etc.) que hacían que la población tuviera una esperanza de vida que no superaba los 40 años.

Durante este siglo, los avances en la higiene, el suministro de agua y el control de enfermedades infecciosas han reducido mucho el riesgo de una muerte prematura (Help Age, 1996). En consecuencia se ha producido un incremento en la esperanza de vida y este alargamiento

del ciclo vital, fundamentalmente unido a los procesos de desgaste corporal, se acompaña de un incremento en la prevalencia de ciertas enfermedades, así como de un cambio en la morbilidad; en este grupo etario prevalecen las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, pero incluso los procesos infecciosos tienen comportamientos distintos a los que se presentan en poblaciones más jóvenes. (Rubio & Castro, 2012)

El envejecimiento no puede ser visto únicamente bajo una perspectiva semiológica descriptiva como un proceso de involución fisiológica y de mayor susceptibilidad a enfermar por la vulnerabilidad de este grupo, aunque el riesgo de morbilidad sea más alto y la mortalidad mayor por tratarse de la última etapa del ciclo vital. Para poder comprender a la vejez como etapa del ciclo vital, a los adultos mayores y al proceso de envejecer, hay que enfocarse en una perspectiva holística, integral y transdisciplinaria, en sintonía con la definición de salud de la OMS (Bucella, 2011).

Esta noción integral de envejecimiento incluye aspectos biopsicosociales que repercuten en el individuo que, según Bucella (2011) son:

- a) de tipo biológico, aquellas que se relacionan con la declinación fisiológica de órganos y sistemas corporales y el riesgo de discapacidad, dependencia y fragilidad del adulto mayor (AM); b)
- de tipo psicológico que se relacionan con la capacidad de adaptación al cambio, la personalidad, la conducta, el humor y la cognición por nombrar algunas; y c) las repercusiones en la esfera social que se relacionan con el entorno cultural en donde se desenvuelve; las

políticas de asistencia y protección social del Estado; el sistema sanitario y el estrato social de origen del AM.

El proceso de envejecimiento se asocia a cambios físicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor, es fácil comprender que en el adulto mayor el enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico debe ser diferente; si se toma en cuenta la presencia de cambios fisiológicos y anatómicos asociados a la edad, la forma atípica de presentación de las enfermedades, su especial vulnerabilidad ante agresiones externas e internas y la presencia de patologías propias de esta edad (síndromes geriátricos).

Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart, como el eje de la calidad de vida de los ancianos (Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A, 2004).

De acuerdo con Ribera (2004) las pérdidas asociadas al envejecimiento, están moduladas por 3 vías, muy relacionadas entre sí, que son: la fisiológica; modificaciones como consecuencia del paso del tiempo, que no se dan de forma homogénea en todos los individuos por la intervención molecular o genética propia del individuo, los antecedentes de morbilidad del individuo que condicionan el proceso de envejecimiento, y las condiciones medio ambientales; el estilo de vida y los factores de riesgo a los que ha sido expuesto el individuo. De encontrar el equilibrio o la

mejor interacción de estas vías, lo deseable sería envejecer en las mejores condiciones posibles, esto es: “sin historia clínica significativa, en ausencia de factores de riesgo importantes, con un desgaste fisiológico mínimo y disponiendo de una buena carga genética”. Rowe y Khan, (1987) respecto a la teoría del envejecimiento exitoso mencionan que: “la mejor forma de hacer frente al envejecimiento y a la vejez con sus problemas y efectos deletéreos, es fomentando un aumento en el grado de satisfacción vital de los adultos mayores y el mantenimiento de actividades acordes con las pautas de la vida adulta.”

Este tipo de envejecimiento deseable se ha dado a conocer como envejecimiento exitoso o satisfactorio (“successful aging”), el cual se diferencia del envejecimiento normal o fisiológico (“usual aging”), en que este último se considera como: “parte del proceso normal que ocurre a lo largo de un ciclo vital y que comprende los cambios irreversibles que ocurren con el tiempo, reflejando el progresivo descenso del rendimiento fisiológico y de la reserva homeostática”.

Contrario al envejecimiento normal, está el envejecimiento patológico, considerado como resultado de deficiencias genéticas y/o medio ambientales, que ocurre en los sujetos que acumulan enfermedades y factores de riesgo en edades tempranas con la consecuente y progresiva reducción de su esperanza de vida. (Calatayud, 2004; Ribera, 2004)

El envejecimiento es un proceso universal, que ocurre en todos los seres vivos, no obstante es dinámico, único y heterogéneo, propio de cada individuo.

Envejecimiento poblacional

En los últimos años, la población adulta mayor (AM) ha incrementado de manera considerable, principalmente debido al mejoramiento de las condiciones de vida (Hernández Z. 1997); esto se debe a la disminución sostenida de la fecundidad, a mejores medicamentos, mejores pruebas de laboratorio y tecnología en general para hacer diagnósticos más tempranos y oportunos de muchas patologías que anteriormente eran incapacitantes y mortales por sí mismas.

El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. (Rio, 2000, pág. 11).

En el informe del Índice Global de Envejecimiento 2015, de la organización internacional HelpAge, se menciona que: “el envejecimiento demográfico global es la mayor historia de éxito del desarrollo humano”; para el 2015 el 12,3% de la población mundial correspondió a personas mayores de 60 años, es decir 901 millones de adultos mayores, cifra que se incrementara con el transcurso de los años por la dinámica poblacional. “En 2050 [los adultos mayores] serán más numerosos que los niños menores de 15 [años]”. (pag.2). La esperanza de vida promedio a los 60 años en todos los países del Índice (96 países) es de 21 años, aunque esta no es precisamente esperanza de vida saludable.

La inversión de la pirámide demográfica como consecuencia del acelerado proceso de envejecimiento poblacional que han sufrido los países desarrollados, amenaza con ocurrir de una forma aún más rápida y con un mayor impacto socioeconómico en los países en vías de desarrollo, hecho que ya es evidente en Argentina, Chile, Uruguay, Brasil y Cuba entre otros, donde los adultos mayores de 60 años hoy día superan el 10 % de la población general (Bucella, 2011).

Estimaciones para el año 2025 indican que más de la mitad de los países de Latinoamérica habrán experimentado un envejecimiento en su estructura poblacional (Ávila, 2007).

Con la información estadística y proyecciones sabemos que se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, por lo que, a nivel gubernamental, para el desarrollo de las sociedades se deben hacer planes para aprovechar al máximo esta situación.

Ante este aumento poblacional es necesario realizar estudios que no sólo estén centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas AM; sino orientadas a la calidad del envejecimiento y al bienestar psicológico del AM, con énfasis en la disminución de la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos (Ortiz J, Castro M, 2009).

Los AM pueden hacer grandes aportes a la sociedad en distintos ámbitos: familiar, en su comunidad local, o en la sociedad en general, sin embargo el alcance de estos aportes dependerán en gran parte del estado de salud en el que se encuentre el AM. Si se viven más años en buen estado de salud, la capacidad para hacer lo que valoran y continuar haciendo aportes a la sociedad apenas tendrá límites. Pero si en esos años adicionales hay disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas (OMS, 2015).

El Adulto Mayor en Ecuador

De acuerdo al último censo realizado en nuestro país en el 2010, en el Ecuador existen 940 905 adultos mayores de 65 años y 1 341 709 adultos mayores de 60 años; de una población total de 14'500 000 habitantes, lo cual indica que los AM mayores de 65 años representan el 6,5% de la población en el país; de esto se desprende que el 52,6% son mujeres y el 47,4% son hombres (Padilla, D. 2012).

El 55,4% de los AM en nuestro país se encuentra congregada en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay, y la provincia de Tungurahua es la que presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional con el 29,8%, lo que significa que existen 30 adultos mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad.

Transición demográfica

En el Ecuador la tasa de crecimiento demográfico ha incrementado rápidamente, esto se debe a la sostenida reducción de la mortalidad y a un aumento importante y constante de la tasa de fecundidad. La mejora de avances diagnósticos y terapéuticos son factores determinantes de la reducción de la mortalidad en el Ecuador.

La esperanza de vida en el Ecuador (promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año), sigue en incremento constante. Para el quinquenio de 1965 a 1970 la esperanza de vida era de 57,4 años que se contrasta con los 75 años del último quinquenio calculado por el INEC a partir de los datos del último censo (tabla 1). Esto refleja sin duda que los avances en las ciencias de la salud, así como contar con los elementos adecuados para diagnósticos y manejos correctos son los responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida en el Ecuador.

Tabla 1.

Esperanza de vida al nacer en el Ecuador

ECUADOR 1965 – 2010	
Períodos Quinquenales	Años de vida
1965 – 1970	57,4
1970 – 1975	60,1
1975 – 1980	63,1
1980 – 1985	66,9
1985 – 1990	67,5
1990 – 1995	70,0
1995 – 2000	72,3
2000 – 2005	74,4
2005 – 2010	75,0

Fuente: Estimaciones de Población 1950-2025. INEC

El índice de envejecimiento en el Ecuador es del 21%, lo que significa que existen 21 AM por cada 100 personas menores de 15 años de edad.

Perfil epidemiológico

La transición epidemiológica en el Ecuador se da por el cambio de un patrón de muerte y de causas de morbilidad. Hace varias décadas este cambio se ha dado desde las enfermedades infecciosas; como causa más importante de muerte en personas jóvenes, a las enfermedades crónicas y degenerativas; que en la actualidad son las causas más importantes de morbimortalidad en AM (Álvarez P, Pazmiño L, 2011).

El perfil epidemiológico que ha mostrado el Ecuador es característico de un país en vías de desarrollo, por mostrar la transición mencionada en la morbimortalidad donde las enfermedades transmisibles comparten un lugar importante con enfermedades crónicas y degenerativas. Actualmente la primera causa de muerte en los AM es la neumonía, pero si se agrupan el número de casos de AM con insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio e hipertensión arterial, podríamos concluir que las enfermedades crónicas no trasmisibles, están en el primer lugar de las causas de muerte en los AM.

Condiciones Sociales

La encuesta SABE realizada en el año 2010 muestra que, aproximadamente el 30% de la población de AM residen en las áreas rurales, situación que en determinadas condiciones se puede traducir en una situación de desventaja ya que el acceso a servicios básicos y de salud pueden ser más limitados en las zonas rurales que en las urbanas en el Ecuador, generando un impacto sobre su calidad de vida (Freire W, 2010).

La actual generación de AM en el Ecuador tiene un nivel educativo bajo comparado con otros grupos de edad, lo que refleja los cambios en cobertura del sistema educativo en los últimos años. Los datos demuestran además que el 24,5% de AM son analfabetos, es decir que aproximadamente 1 de cada 4 AM son analfabetos, de los cuales el mayor porcentaje es el de mujeres con un 29% y los hombres con un 20% (Freire W, 2010).

Otro punto muy importante a resaltar dentro de las condiciones sociales de los AM es su estado civil, el que constituye sin duda uno de los factores protectores más importantes. A nivel nacional el 44,48% está casado, los AM que han enviudado representan el 26,89%, una cifra cuyo aumento es directamente proporcional a la edad de las personas en especial de los hombres (Cabrera D, Menéndez A, 1999).

El 57,4% de la población de AM se encuentra en condiciones de pobreza, un porcentaje significativo debido a las áreas rurales donde 8 de cada 10 AM forman parte de este grupo de pobreza. La encuesta SABE además comprobó que 1 de cada 10 AM viven en condiciones muy buenas, un poco más de la mitad de ellos viven en condiciones buenas y regulares y un tercio de ellos viven en condición de indigencia, es decir, que 396 mil AM viven en una condición de gran

desigualdad al resto, y se evidencia la poca responsabilidad de la sociedad civil y la familia para con la población de AM del Ecuador.

Envejecimiento Activo

El envejecimiento activo se define como: “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como objeto mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Fernández-Ballesteros, R., 2007). Es decir, trata de incentivar a las personas mientras envejecen a que lleven una vida productiva en la sociedad de acuerdo a sus capacidades y necesidades.

Está fundamentado en el cumplimiento de los derechos de los AM, donde la igualdad de oportunidades y participación en la sociedad están reconocidas.

Previamente se mencionó acerca de la modificación del perfil epidemiológico, el cual ha experimentado una transición hacia las enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales son las principales causas de muerte en los AM, y su manejo y control de complicaciones es muy costoso. Actualmente se sabe que la predisposición a tener este tipo de enfermedades inicia en la infancia y los factores de riesgo aumentan con el paso de los años, por lo que los malos hábitos alimenticios, el tabaquismo, estrés y el sedentarismo son los principales factores asociados, los cuales podrían evitarse y controlarse de manera satisfactoria desde la infancia.

Políticas y programas de Envejecimiento Activo

El objetivo primordial de tener políticas y programas con el envejecimiento activo, como paradigma es promocionar la creación de ambientes apropiados para los AM, en donde puedan realizarse como personas de productividad y que a la vez tengan beneficios de salud, seguridad

social en su medio y contexto. Todo esto con el fin de mantener a los AM sanos, para que sean capaces de continuar trabajando y buscando el beneficio tanto de la población de AM, así como de los sistemas gubernamentales en donde es necesario mantener el mayor número de personas productivas, lo cual generaría más aportes en la seguridad social y disminuiría el costo de jubilaciones y asistencia médica y social de calidad de manera significativa.

Determinantes del envejecimiento activo

El envejecimiento activo depende de diversos determinantes, los cuales influyen en la formación de nuevas políticas y programas para la población AM. Entre estos determinantes tenemos:

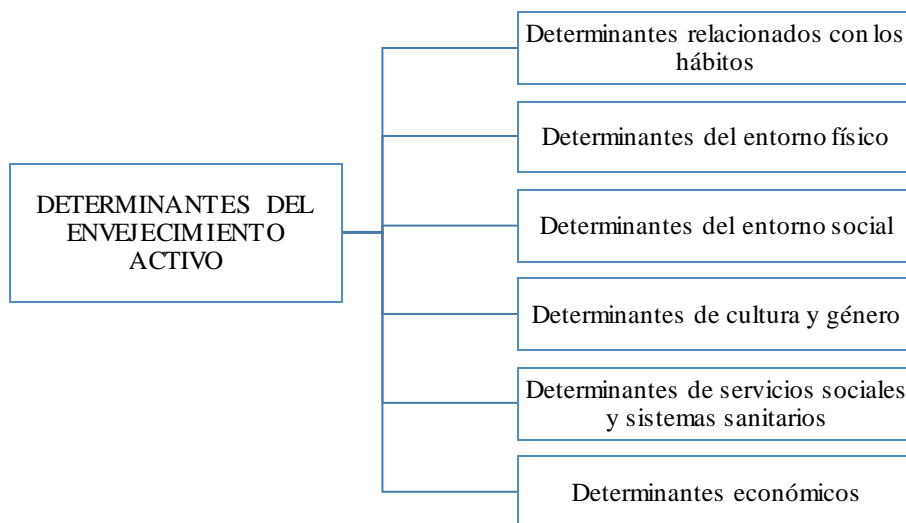


Gráfico 1. Determinantes del Envejecimiento activo.

Fuente: Envejecimiento activo: Un marco Político. OMS. 2002. Elaborado por Carolina Herrera. Jorge Mora.

Determinantes de la cultura y el género

La cultura significa un conjunto de valores y costumbres que influyen directamente sobre la sociedad y que se crea en base a las enseñanzas establecidas por las múltiples generaciones. En el mundo y en el Ecuador existe una gran variedad cultural, distintas etnias que aportan a la sociedad con sus valores y costumbres, como influencia a este hecho y profundizando su diversidad y por ende su complejidad. Por citar un ejemplo, en las culturas con hogares numerosos y que abarcan múltiples generaciones, se observa gran solidaridad intergeneracional entre sus miembros; o las familias que practican estilos de vida saludable, tienen medidas y costumbres a favor de la buena salud.

En varias sociedades donde existe o existió el machismo en sus costumbres, las mujeres experimentaban una desigualdad marcada e injusta en comparación con los hombres. Para las AM del Ecuador y del mundo, en el transcurso de los años les fue negada en su mayoría una educación y trabajo dignos, además de ser privadas de los servicios de salud, fueron criadas con la presión social de género que existía sobre ellas desde su misma familia para cumplir la labor de madres y esposas que cuidan de sus respectivas familias; y las que tenían, como en pocos casos, la oportunidad de trabajar, no podían mantener sus trabajos por cumplir su principal rol. Todo esto hablado en términos generales.

Se puede observar que actualmente, una mayor cantidad de mujeres AM han tenido una mejor calidad de vida, lo que ha permitido que su esperanza de vida sea superior al de los adultos mayores hombres, esta diferencia entre sexos se ha dado en gran parte por el estilo de vida que lleva el AM hombre, ellos experimentan el estrés del trabajo, malos hábitos en un gran porcentaje, entre ellos el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, la falta de ejercicio físico,

obesidad, una mala calidad de sueño y malos hábitos alimenticios, como principales determinantes.

Uno de los más grandes procesos de igualdad entre hombres y mujeres es el derecho a la educación a mediados del siglo pasado, a pesar de eso, observamos que un gran porcentaje son analfabetos y en un mínimo porcentaje tienen estudios superiores; junto con esto también se observa la falta de trabajos con una remuneración digna en éste grupo, que a la final lleva a que en los AM, las mujeres formen la mayor proporción de pobreza, ya que económicamente, sus ingresos, en su mayoría serán por pensión de viudez o pensiones no contributivas como el “Bono de Desarrollo Humano” (BDH) en Ecuador.

Determinantes de servicios sociales y sistemas sanitarios

Aproximadamente del 40 al 70% del total de las enfermedades presentes en la población de AM pueden ser prevenibles, por medio de cambios en su estilo de vida y control de factores de riesgo, por lo que es claro que si se cuenta con una buena promoción y prevención de salud disminuye significativamente el riesgo de presentar enfermedades y discapacidades y puede significar un importante ahorro de dinero para los gobiernos y estados. (Gutiérrez, L. 1999).

Para que la prevención sea llevada ideal y correctamente, es necesario el control de factores de riesgo, tener actividades preventivas como la vacunación en la población AM, además de modificaciones de estilos de vida. La vacunas forman parte de las medidas sanitarias que han generado mayor beneficio en las diferentes etapas del ciclo vital, sobre todo en los extremos de la vida donde se observa mayor susceptibilidad a las enfermedades.

Determinantes relacionadas con los hábitos

Mantener un estilo de vida saludable es muy importante para los AM, gracias a estas conductas se pueden prevenir la discapacidad, deterioro funcional, también se puede aumentar los años de vida saludable y mejorar la calidad de vida.

Tabaquismo

El tabaco es sin duda una importante causa de muerte, este un factor de riesgo completamente modificable, cuyo consumo puede provocar la pérdida del estado funcional. El tabaco acelera la reducción de la densidad ósea, fuerza muscular y función respiratoria. Si una persona deja de fumar puede experimentar muchas ventajas, como el disminuir drásticamente el riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares, así como enfermedades pulmonares agudas y crónicas y enfermedades infecciosas.

Actividad física

La actividad física previene el deterioro funcional ayudando al AM a mantener su autonomía funcional la mayor cantidad de tiempo posible, ayuda a mantener una buena masa muscular y estabiliza la densidad ósea disminuyendo así el riesgo de caídas y la aparición de osteoporosis; mejora además la función cardiovascular y respiratoria así como la salud mental del AM. Todos estos beneficios generan un envejecimiento activo y saludable que mejora su calidad de vida, generando una disminución significativa de los gastos de salud cuando el AM permanece saludable en actividad (Gutiérrez, L. 1999).

Por otro lado, el sedentarismo aumenta el riesgo de sobrepeso, enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la diabetes mellitus que en su conjunto lleva a la dependencia.

Hoy en día existen proyectos de incentivo de actividades saludables en el AM, como el incentivo de ejercicio físico realizado al aire libre con máquinas de ejercicio aeróbico instalados en espacios públicos de Quito; pero lo que generará cambios sustanciales en las conductas y costumbres de la población de AM en el Ecuador es la educación a lo largo de todo el ciclo vital, haciendo hincapié en el ejercicio físico como mecanismo de garantía de salud en cualquier edad y en ambos sexos.

En el Ecuador como en otros varios países en vías de desarrollo, los adultos mayores, sobre todo quienes viven en zonas rurales, realizan diariamente trabajos físicos extenuantes que en determinado momento pueden causar lesiones, lo cual acelera la condición de discapacidad. En estos casos es necesario que las políticas de gobierno se enfoquen también en esta área, incentivando a evitar este tipo de actividades en los AM.

Alimentación Saludable

Los factores más importantes que determinan que en los AM exista una alimentación deficiente, son en primer lugar los problemas socioeconómicos los cuales condicionan el acceso a los alimentos, acompañado además de la falta de conocimientos sobre una alimentación saludable y adecuada, la incorrecta selección de alimentos; también están problemas de salud como los problemas en la movilidad del tracto digestivo, la disminución de secreciones gástricas, el consumo de medicamentos que puedan afectar la absorción de alimentos, la pérdida gradual de la

ortodoncia, discapacidades cognitivas, físicas, que dificulten el comprar o preparar alimentos, lo cual puede llevar a la desnutrición o incluso sobrepeso.

Es por eso que la alimentación debe mantener un equilibrio, entre los principales nutrientes para prevenir patología crónicas y en consecuencia también discapacidades. Hay que recalcar además que, la adecuada ingesta de micronutrientes como el calcio y la vitamina D previene la osteoporosis y en consecuencia, se previenen fracturas. Por último el ingesta de líquidos de manera adecuada en el AM previene la deshidratación, condición a la que los AM están más predispuestos.

Los malos hábitos alimenticios, combinados con el sedentarismo, conllevan a una mayor tendencia de los AM a la obesidad, lo cual progresivamente lleva al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus y obesidad per se, lo que desencadena mayor dependencia y desmedro de la calidad de vida en el AM.

Dentro de las políticas sanitarias la valoración nutricional en los AM debe ser parte de las rutinas en el estudio de la salud de los AM. Los problemas de malnutrición se asocian a una mala salud bucal y aumentan el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles; por lo cual es necesario que desde edades tempranas se realice promoción en el cuidado de las piezas dentales, llevando un correcto cepillado, controles oportunos contando con servicios de cuidado bucal y posteriormente un conveniente acceso a las prótesis dentales.

Alcohol

Si bien el consumo de alcohol es más frecuente en adultos jóvenes, los AM son más proclives, sea por el envejecimiento tanto por el tiempo, cantidad y frecuencia de consumo, a desarrollar enfermedades hepáticas, gástricas, pancreáticas y desnutrición, entre otras (Fernández, X. 2013); por lo que es necesaria la regularización del consumo del alcohol en los AM, así como

programas de ayuda institucionalizada que garanticen el apoyo oportuno a este sector de la población.

Medicamentos

Uno de los grandes síndromes geriátricos descritos es la polifarmacia; que resulta de la propensión que tienen los AM a consumir una mayor cantidad de medicamentos dada la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo de edad, lo que en muchas ocasiones lleva a la iatrogenia por las interacciones farmacológicas, reacciones adversas o una posología inadecuada para cada caso; es por esto que es menester de los profesionales de la salud explicar al AM y/o a los cuidadores sobre riesgos, beneficios y desventajas de determinado medicamento, así como dosificar correctamente y prevenir en la polifarmacia.

Determinantes del entorno físico

Históricamente la migración ha sido un factor constante en el ser humano, el moverse de sus lugares de origen en busca de mejores condiciones de vida. La migración ha causado que las regiones menos favorables, para mejorar las condiciones de vida queden marginadas, lo que vuelve a su población más vulnerable, entre ellos los AM. Los lugares con entornos inseguros, accidentados, con barreras físicas y arquitectónicas representan un peligro para los AM por lo que ellos deciden no salir de sus hogares, lo que desencadena en aislamiento social, dependencia más marcada, riesgo de depresión y discapacidad.

Es necesario contar con servicios adecuados y asequibles de salud, transporte, y sociales sobre todo en zonas rurales. En estas zonas es primordial combatir la pobreza manteniendo un desarrollo socioeconómico constante, manteniendo el empleo, favoreciendo a la población joven

para disminuir la migración, así como a los AM para incrementar su productividad viviendo un envejecimiento activo acorde a sus condiciones, lo que mejorará su calidad de vida en estas zonas.

Seguridad de las viviendas

Una ubicación adecuada de una vivienda, en relación a la cercanía de familiares, servicios sociales, de salud y transporte son esenciales en la PAM (población adulta mayor), para presentar una apropiada interacción social y evitar el aislamiento.

Conjuntamente, es necesario que las personas que trabajan en edificación y planeación de ciudades, tomen en cuenta que gran proporción de la PAM vive sola; por lo cual tener medidas de seguridad para prevención de accidentes como caídas; que pueden llevar a discapacidad, son indispensables para una buena calidad de vida.

Determinantes relacionadas con el entorno social

Dada la mayor incidencia de muerte del ser querido, así como el abandono del hogar de los hijos, los AM son más propensos a vivir solos. Esto los predispone al aislamiento social y la soledad; factores determinantes del bienestar físico y mental, lo que se traduce en altas tasas de morbi-mortalidad psicosocial.

Los gobiernos, el personal de salud y social deben promover la creación y mantenimiento de redes de apoyo entre los mismos AM, vecinos y familiares de diferentes generaciones, para atenuar este problema.

Violencia y abuso

El abuso y la violencia son importantes causas de morbilidad, aislamiento, pérdida de productividad, dependencia y daño en la salud mental de los AM. Este se produce en la mayoría de los casos, por los propios familiares y cuidadores. También se presenta en casos de AM que viven solos y son propensos a sufrir asaltos.

Los AM frágiles o en proceso de fragilización son más propensos a que sus derechos sean vulnerados; en muchas ocasiones, la fragilidad es causada por una falta de autonomía lo que provoca que la PAM esté indefensa y esto es aprovechado para la privación de sus derechos. Es común que los AM no denuncien estos actos, ya que produce miedo a las represalias que se pueda tomar contra ellos (Montenegro L, Salazar C, 2009).

Es indispensable concientizar a las nuevas generaciones sobre la situación, enfatizar los valores de respeto a nuestros AM y evitar los actos discriminatorios contra ellos, así como la identificación oportuna de violencia y abuso para que las autoridades competentes se encarguen de hacer justicia.

Educación y alfabetización

Actualmente la educación es un aspecto muy importante para generar personas productivas y competitivas. Para el AM es crucial en el transcurso de su vida, para desarrollarse y adaptarse en la sociedad, con independencia, trabajo y metas propias a lo largo de su vida. Mientras más alto es el nivel de instrucción en los AM genera mayor participación y capacidades para realizar diferentes tipos de actividad; por otro lado si el AM no ha tenido la oportunidad de tener una adecuada formación educativa, tiene menos posibilidades de ser una persona productiva y competitiva, viviendo en una significativa desventaja.

Se ha observado que los AM que tienen mayor riesgo de dependencia, discapacidad, desempleo, muerte; tienen un nivel educativo bajo. Esto se manifiesta, no por el envejecimiento en sí, sino por el hecho de tener diversas condiciones laborales no amigables con el AM lo que no les permite desarrollarse en un ambiente laboral gratificante para ellos.

En el contexto del envejecimiento activo y digno, lo aprendido con el trabajo, podría suplir el déficit físico o cognitivo que tenga una persona AM; es decir que, si un AM en su trabajo realiza actividades que resultan gratificantes y productivas según sus capacidades, se cubriría el déficit presentado. Lastimosamente en países como Ecuador el número de AM en estas condiciones es escaso, pues con los altos índices de analfabetismo en la población de AM no hay fundamentos para tener un trabajo digno, gratificante y productivo, sumado a las distintas discapacidades que se pueden presentar.

Los planes de alfabetización y educación digna en los AM, deben ir enfocados en que los AM adquieran una mayor participación y puedan ser incluidos en una sociedad garante de igualdad de derechos para todos los grupos de edad.

Determinantes Económicos

Ingresos

Un aspecto crucial para conseguir un verdadero envejecimiento activo es la reducción de la pobreza en la población de AM. Como ya se ha mencionado previamente, los AM que viven en zonas rurales son quienes viven en mayor desventaja, en accesibilidad a recursos y son quienes no tienen suficiente ingresos económicos para su subsistencia, y son ellos quienes tienen un riesgo

incrementado de presentar enfermedades, discapacidades y de no poseer bienes propios, lo que a la final de la vida conlleva en un proceso de fragilización.

La fuente principal de ingresos de los AM en el Ecuador, son las pensiones que reciben del IESS, para la mayoría de los afiliados, esta es por vejez, invalidez o viudedad, además de un sistema de pensión no contributiva para los que no reciben una jubilación (Padilla, D. 2012); sin embargo estos montos no son económicamente suficientes, por lo que sus ingresos son escasos, y su consumo se basa en lo esencial para subsistir en el hogar; si contamos con el hecho de que la canasta básica en Ecuador para el año 2016 tiene un valor de 628,27 dólares americanos.

Trabajo

Para un envejecimiento activo exitoso es necesario que el AM tenga una vida productiva, que pueda contribuir a la sociedad de acuerdo a sus capacidades y aptitudes. En países en vías de desarrollo como el Ecuador los AM se ven en la necesidad de continuar económicamente activos para su subsistencia; el problema radica en que, en el medio laboral gracias a la tecnología e industrialización, el trabajo artesanal tradicional, sobre todo en zonas rurales, está en proceso de desaparición y no es bien remunerado.

Es importante el desarrollo de proyectos que garanticen a la población AM trabajo o actividades dignas que más allá de la remuneración, gratifique y haga sentir a los AM productivos. Los AM que actualmente desarrollan un trabajo lo hacen de manera voluntaria, esto sin duda beneficia sus relaciones sociales y mantiene su bienestar físico y mental, siendo este un aspecto esencial de un envejecimiento activo exitoso.

Calidad de vida

Salud y enfermedad

Para hablar de Calidad de Vida, es necesario definir los términos salud y enfermedad. Estos términos contienen un complejo significado en donde, en cada cultura y en cada etapa histórica se interpretan de diferente manera. Cada cultura caracteriza el grupo de “dolencias” que consideran enfermedades dependiendo del momento histórico por el que pasen; y de ellos derivan la evolución de los conceptos de salud y enfermedad.

Históricamente se han definido a distintos estados como enfermedad, pero con la llegada de la modernidad, de la explosión científica que conlleva una investigación más profunda de las cosas, se han ido descartando y otras han desaparecido. Por ejemplo, la masturbación, que era considerada en la Antigüedad Clásica y en la Edad Media como una enfermedad que podía tener consecuencias mortales; este ejemplo también sirve para demostrar que en la enfermedad interviene gran cantidad de juicios de valor. (Sánchez G. M. 1998).

La salud no puede ser definida únicamente como la ausencia de enfermedad, es decir el hecho de comprobar mediante signos y síntomas así como exámenes complementarios que no existen datos cuantificables de un determinado padecimiento; estos hallazgos no convierten a un individuo netamente en “sano” o “enfermo”. La medicina occidental ha fundamentado su estudio en el “cuerpo físico”, es decir, un punto de vista netamente biológico del ser humano. Con el paso del tiempo, la visión médica se ha ampliado y han incluido características mentales, emocionales y espirituales de la persona, así como su interacción con el medio social y ambiental. Salud se considera a la capacidad del ser humano de satisfacer su necesidad de “ser”, el poder o la capacidad para realizar, plasmar o cumplir con sus proyectos vitales; el poder realizarse. (Gracia D. 1998)

En el año 1946 la Organización Mundial de la Salud promulgó la definición de salud: “La salud es un estadio de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o padecimiento” (OPS-OMS. 1990). En el año 1978 en la Declaración de Alma Ata se confirmó esta definición. Esta definición a su momento ha sido refutada por considerarla demasiado amplia, y no puntualizar en qué es el “bienestar” en todos los aspectos, además por considerarla inalcanzable, porque ningún individuo puede alcanzar tal estado de perfección.

Etimológicamente la palabra *salud* es un anhelo ideal: en latín deriva de *saluus*, que se relaciona con el griego *hólos*, que significa todo, también tiene una relación etimológica con la palabra *salvación*.

En el siglo XXI se ha puesto en auge los términos Medicina y Salud Holística, que se basan en que el individuo puede realizarse como ser humano y cumplir sus objetivos vitales, obtener bienestar y felicidad, haciéndose responsable de su propia vida y salud.

El ser humano del siglo XXI se considera responsable de su salud, el artífice de las decisiones sobre su cuerpo, vida y salud, y por tanto, capaz de controlar el apareamiento de la enfermedad por medio del cambio de estilo de vida. Esto podría explicar la repentina reaparición de múltiples prácticas médicas no validadas científicamente o en proceso de experimentación científica conocidas como medicinas alternativas; también llamadas complementarias.

Definición e historia

La *Calidad de Vida* (CV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. (Hernández Mejía R, 2001).

Puede además entenderse como: “el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (Urzúa y Caqueo, 2012).

La *Calidad de Vida* ha evolucionado en un principio moral, debido a que en la mayoría de las culturas la vida ha sido muy apreciada; por tanto se la considera un valor. En la antigüedad surgió el pensamiento de que la vida era un don dado por Dios, y como tal resulta sagrada y el ser humano no podía quitarla antes de tiempo (homicidio, eutanasia, suicidio asistido, aborto) o crearla (fertilización in-vitro, trasplante de embriones, clonación), con pena de cometer pecado.

El término “calidad de vida” no tiene origen desde la teología, la filosofía, la ética, ni la medicina. Tiene su origen en la teoría de “calidad de materiales” que empezó en los años treinta y cuarenta del siglo XX como elemento básico de la política de las empresas. En los años sesenta fue adoptado por economistas y sociólogos quienes intentaron evaluar la calidad de vida de los seres humanos y sus colectividades (Gracia D. 1998)

Históricamente, el primer índice que se utilizó para cuantificar la *Calidad de Vida* de los individuos fue el PNB (índice de riqueza de las naciones), tomando como base que los países con economías más fuertes tendrían individuos mejor pagados y con sus necesidades más satisfechas en las esferas de salud, nutrición y educación, lo que les favorecería en comparación con los países más pobres que no tienen cubiertas sus necesidades básicas por lo que se supone tendrán un acceso menor a la salud y educación lo que teóricamente disminuiría su calidad de vida. (Gracia D. 1998).

En un discurso del expresidente estadounidense Lyndon Johnson en 1964 en la ciudad de Nueva York acerca de su futuro plan de gobierno, mencionó que los logros en la política no deben ser medidos por la cantidad de dinero generado (referentes económicos), sino que debe ser medida

por la calidad de vida que logren sus habitantes (referentes sociales). Este momento está considerado como el impulsor del estudio de la calidad de vida como tal. (Hernández Mejía R. 2001).

En 1972, se realizaron correcciones al índice PNB, porque solo consideraba los factores positivos del crecimiento económico y no las consecuencias negativas que provocaba, como la destrucción del medio ambiente y cómo esto afectaba la *Calidad de Vida* de los individuos. En consecuencia, se elaboró el BEN (bienestar económico mixto), que disminuía el porcentaje de la CV mientras mayor era la afectación ambiental. (Gracia D. 1998).

Criterios de calidad de vida

Ventajas del criterio de calidad de vida

En el caso de pacientes con enfermedades graves, surge el problema de decidir qué medidas son “razonables”, y por tanto, deben ser tomadas en cuenta, para mantener la vida del individuo; y cuáles son “no razonables” y sirven únicamente para mantener las funciones metabólicas (Sánchez G. M. 1998). Solamente el enfermo, o en el caso de que este sea considerado incompetente, sus familiares, pueden tomar decisiones sobre la culminación de la vida, y sobre qué medidas deben o no ser tomadas en el individuo.

El criterio de Calidad de Vida ha permitido que muchos pacientes en estado vegetativo permanente, en coma por muchos años, recién nacidos con graves enfermedades y malformaciones, así como enfermos crónicos terminales, vean mejoradas sus condiciones de vida y el desarrollo de intervenciones diseñadas para atender a estos grupos vulnerables, y tratar de eliminar las desigualdades en salud.

La Calidad de Vida, como valor moral, permite ofrecer a un enfermo la preservación de su vida con el mínimo sufrimiento y respetando sus derechos como ser individual.

Peligros del criterio de calidad de vida

El criterio de Calidad de Vida es un término global y no exclusivo, pero su uso conlleva un gran peligro, que consiste en el hecho de que algunos países pretendan tener exclusividad sobre este. Es un concepto que podría ser para las naciones que concentran gran parte del poder económico y social a nivel mundial y no por el resto de países menos beneficiados. Los países en vías de desarrollo tienen otras prioridades en sus propios contextos en donde todavía la mayor parte de su población no ha logrado satisfacer sus necesidades básicas y la inversión de los gobiernos en salud es insuficiente.

Se debe considerar que el desarrollo de los países menos aventajados económicamente es menor comparado con el de las potencias mundiales; sin embargo, la población con mayor crecimiento demográfico se concentra en los países en vías de desarrollo, por lo que se deduce que en el futuro la Calidad de Vida de esta población se irá deteriorando.

La baja Calidad de Vida en algunos casos puede llegar a afectar el estado socioeconómico, (por ejemplo, al reducir la productividad del individuo, así como los ingresos perdidos por esta reducción de productividad en grupos vulnerables, como lo son los adultos mayores) (OMS. 1989).

Componentes de Calidad de vida Relacionado con la vejez.

Muerte: El final de la vida

La muerte en el adulto mayor y su conceptualización

La idea de la muerte a lo largo de la vida es abrupta para la mente, siendo rechazada durante años sin querer ocuparse de ella, de tal modo que solo llega por la experiencia de los otros y por los caminos indirectos de los mitos culturales, de sus símbolos y de sus representaciones, con el agravante de que, cuando se experimenta personalmente, nadie puede transmitir cómo son las vivencias de esa lección (Rubio-Herrera, R. 1981),

Aunque el morir es un proceso individual, es también un suceso que afecta a aquellos que se relacionan con quien ha muerto. La muerte adquiere por consiguiente, una dimensión social. Como consecuencia de ello, los comportamientos y actitudes que adopta cada persona ante la muerte, sea propia o sea ajena, son el resultado del vínculo de las características y circunstancias individuales, y del sentido y concepción hacia la muerte en la sociedad de ese momento y lugar (Blanco Alfonso y Antequera Rosario, 1998).

Para entender las actitudes que en un momento determinado el AM tomará ante la muerte (tanto personal, del cónyuge u otras), es importante analizar las actitudes y conceptos que se mantienen en ese determinado momento hacia la muerte. Esto debido a que como miembros de un entorno social, esos conceptos hacia la muerte son mayoritariamente compartidos por otros AM que forman parte de ese entorno.

Se debe conocer la actitud que tienen los AM frente a la muerte y las variables que determinan esas conductas.

La vejez está considerada como la etapa del ciclo de vida que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte. No se puede hablar de vejez sin hacer referencia al hecho inevitable de la muerte. De hecho, cada ser humano sabe que la muerte es un hecho que nos incumbe a todos.

Para los AM la muerte es una realidad cercana, pues en muchos casos las personas cercanas en su vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades degenerativas, lo que da lugar a que se establezca un proceso de vivencia y asimilación de la muerte. Desde la antigüedad, el hombre se ha esforzado por asumir la muerte. Viejos poemas hacen referencia a ella, lo que nos demuestra que ya en aquellos tiempos el hombre se resiste a aceptar que va a desaparecer, y necesita creer que subsistirá su alma. (Tomás-Sábado, 2006).

La ciencia define la muerte como “el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y el cese, también irreversible, de todas las funciones cerebrales” (Tomás-Sábado, 2006). Para la psicología, la muerte constituye una de las fuentes de angustia más significativas e importantes.

¿Cuál es el significado de la muerte?

Desde la psicología, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977). En este proceso, la muerte se puede contemplar a partir de tres aspectos: el biológico, el psicológico y el social. Aunque resulta un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. En este sentido, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita (Blanco, Picabia, 1998).

Tomando a la muerte psicológica como primicia, añadiremos que ésta va paralela a la muerte física y social. El enfermo terminal se va muriendo paulatinamente y se va despidiendo del amor, a las ilusiones y a las esperanzas. Por otro lado, aumentan los miedos al más allá, al sufrimiento de los últimos días, preocupación con la familia y al olvido. El proceso de morir, lo experimentan los familiares y/o cuidadores que están con el enfermo al final de su vida. La muerte psicológica también afecta la esfera del familiar que a través del duelo tendrá que asimilar la pérdida del ser querido. Es por esto que cuidar al cuidador es una labor importante y necesaria puesto que puede facilitar el buen morir del enfermo al final de la vida (Colell y Limonero, 2003).

Aspectos de la muerte

Aspecto físico de la muerte

Se centra en el fin de los procesos biológicos (muerte física o biológica) y conlleva asuntos legales, pues la ley se apoya de la biología para certificar la muerte. Actualmente suele decidirse mediante un electroencefalograma, valorando el cese de la actividad cerebral o como de manera tradicional con la ausencia de respiración, pulso o la abolición del ritmo cardíaco. En definitiva cuando se obtiene un cadáver (Martínez L, et al. 2008).

Aspecto social de la muerte

Se enfoca en torno al funeral y el duelo donde se percibe la ostentación de la pena hasta la generalizada simulación. Thomas (1973) llamó “muerte social” a lo que el AM puede experimentar a causa del detrimento de su funcionalidad y de su identidad social. El AM puede hallarse alienado por un estado de exclusión carente de apoyo social, que lleva a la pérdida del interés en toda actividad. La muerte física significa la consolidación de la muerte social que se ha padecido por mucho tiempo.

Aspecto psíquico de la muerte

Se refiere a la percepción de la muerte y su cercanía, con sentimientos de pérdida y luto ante la propia muerte y de allegados. Tiene lugar cuando el ser humano deja de tener irreversiblemente conciencia de su propia existencia como ser independiente y racional.

Actitudes de los AM frente a su propia muerte

Existe una gran variedad de concepciones sobre la muerte en el AM, lo que se ve reflejado en la disparidad de la bibliografía consultada. Esta nos ofrece gran variedad de trabajos significativos en relación a las actitudes de los AM frente a su propia muerte; particularmente a la discusión de si el temor de los AM a la muerte es mayor o menor comparado con personas de otros grupos de edad. A continuación se muestran los aspectos más importantes.

Es lógico que sean varias las posibles actitudes que se pueden dar frente a la muerte. Por su utilidad, es vigente todavía la sistematización que genéricamente clasifica estas actitudes en 4 categorías propuestas por Martín (1976):

Actitud de indiferencia: “era normal que un día sucediera...” “A todos nos toca”, “Yo ya soy demasiado viejo”.

Actitud de temor: quizás no tan ligada a la muerte como a todo aquello que la precede (temor al dolor, al sufrimiento inútil,...).

Actitud de descanso: experimentado sobre todo por personas que han sufrido mucho en su vida o que padecen una enfermedad crónica. La muerte es esperada como el final de los sufrimientos.

Actitud de serenidad: el AM tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás.

De todas ellas, la que más caracteriza a los AM es el adoptar una orientación activa hacia la muerte, fruto de la mayor aceptación de que a aquellas edades, el hecho de morir es natural, tanto la muerte de los demás como la muerte propia y/o de seres queridos.

Temor a la muerte en el Adulto Mayor

Es importante, sobre todo en la población de AM hacer la distinción entre muerte y morir. En este sentido Thomas (1976) afirma que para los AM el miedo a morir es más intenso que el miedo mismo a la muerte. Esto es así, especialmente en lo que se refiere a la necesidad y el temor a no morir en soledad, el ser abandonados sin cuidado, no ser atendidos a tiempo o ser encontrados en estado de descomposición. Es importante resaltar además el miedo a la “pérdida de control” (Kalish, 1976), en donde se toman conductas o actitudes que aparentemente no tienen relación directa con la muerte, pero que puede hacer que el cuidado del AM signifique una fuerte y hasta insoportable carga para sus cuidadores; o que bien obligue a ellos a darle al AM una forma de trato que implicaría la pérdida de la dignidad como persona, como tener que tomar decisiones por el AM sin consultar o actuando en contra de su voluntad.

Parece evidente que no existe o no se puede llegar a saber con exactitud la actitud genérica de los AM frente a la muerte, pues esta concepción abarca un conjunto de variaciones motivadas por las características propias de cada individuo, el entorno y los contextos culturales, puesto que en cada sociedad, su esfera cultural tiene una manera idiosincrática de comprender y asimilar la vida, la vejez y la muerte. Es por esto que resulta impreciso y hasta cierto punto inadecuado; extrapolar los resultados de trabajos de investigación en diferentes contextos, sin antes verificar

hasta qué punto pueden ser concebidos y adaptados los constructos que en ellos se analizan; por lo que se ve la necesidad de analizar esta información en cada núcleo socio cultural específico.

Sin embargo, hay un nexo común en la bibliografía sobre las actitudes del AM hacia la muerte: la constatación de que los AM tienen y disponen de los recursos personales y las experiencias previas necesarias para poder afrontar su proceso de morir con éxito. Bajo este punto sería necesario modificar los prejuicios que el ser humano, en cualquier etapa del ciclo vital, tiene con respecto al envejecer y el morir, ya que se rechaza el proceso de envejecimiento, entendido como algo a lo que se debería huir y evitar. Es por eso que socialmente, tal como se aprenden diferentes roles a lo largo del ciclo vital, se debe aprender a afrontar las situaciones que nos causan mayor temor e impotencia, es allí donde la muerte ocupa un lugar primordial.

Participación social y relación con los demás

Desarrollo del proceso de identidad

En la sociedad, el afianzamiento de la identidad está inherentemente asociada al hecho de que las personas asuman las tareas adultas, puntualmente al ingreso al mundo del trabajo y los roles que en este sistema va a desenvolver. Esta consolidación da paso a la definición de los límites individuales y sociales, al sentido de pertenencia y de las responsabilidades adjudicadas.

“La identidad sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia”. (Morga, 1991).

En los AM desafortunadamente esta capacidad a partir de la consolidación de la identidad, es la que se ve afectada en mayor medida, pues culturalmente se concibe que el puesto laboral y

las tareas propias de la adultez ya no deben ser ejercidas por los AM, perdiendo el principal referente de identificación. Es decir, en la práctica, se otorga al AM un rol muy discutible: el derecho a hacer nada. Bajo este punto de vista, la sociedad falla en cuanto a su capacidad para definir y determinar los roles y actividades específicas para los AM que les permita ganar reconocimiento social.

“La identidad social se levanta como una construcción representativa de sí en relación con los otros y la sociedad”. (Moscovici, 1981). En este entorno que se conforma a través del acatamiento de roles, la identidad social se ve alterada y resulta interferida como contrasta Montero M., (1993), quién con respecto a la identidad social, dice que: “Proporciona un marco de referencia dando a la definición individual un sentido y proyección histórico”.

Sigmund Freud refiriéndose a tareas prescritas para cada etapa de la vida menciona que: para la infancia se basa en el estudio y las actividades lúdicas, para el adulto en el ambiente laboral y la familia y, para el adulto mayor prácticamente se desconoce. Pues resulta evidente y alarmante lo poco que se ha avanzado en estos temas con respecto a los roles de los AM desde principios de siglo.

Redes de apoyo: Composición y eje de la Calidad de Vida

Las relaciones sociales constituyen el centro de la actividad social del AM, se describen como una red de contactos y relaciones sociales del individuo (Gómez y Cursio, 2000).

El apoyo social es el conjunto de ayudas emocionales, económicas y herramientas proporcionadas al anciano por parte de otras personas para su beneficio (Gómez y Cursio 2000). Es preciso diferenciarlo de las relaciones sociales, pues las relaciones pueden estar asociadas con

efectos tanto positivos como negativos, por tanto las relaciones sociales, aunque existan, estas no necesariamente garantizan el apoyo mencionado.

El apoyo que recibe el adulto mayor a través de la red social tiene dos componentes: redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias relacionadas con la familia, que constituye la principal fuente de apoyo y la antepuesta por ellos siendo la elegida en primera instancia.

Las redes entre los adultos mayores y sus familias se basan principalmente en la unidad familiar y la interdependencia. De acuerdo con Gómez y Cursio (2002), a pesar de los cambios sociales propios de la edad, las redes familiares mantienen su estabilidad si estas son recíprocas, pues con el aumento de la edad se incrementa la dependencia para con los familiares y disminuye el apoyo de las personas por fuera del círculo familiar.

Las redes secundarias incluyen los amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios. Los vecinos son parte vital de apoyo afectivo del adulto mayor; usualmente proveen ayuda en momentos de urgencias, siendo la colaboración más básica y de primera mano. Los amigos comprenden apoyos de mayor intensidad, afinidad, compañía y dotación de ayuda en situaciones cotidianas. Se caracterizan por ayudar a mantener una autoestima positiva y fomentan su espiritualidad. (Botero Beatriz, 2007)

De igual manera, el AM tiene la posibilidad de pertenecer y participar en organizaciones formales o clubes y grupos de adultos mayores que les permiten una mayor participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un ambiente propicio para que el AM se reconozca como tal, asuma roles, se organice y encuentre actividades que le ayuden a llevar su vida, lo cual genera un modelo social sobre las relaciones entre los AM y sus actividades de interés (Botero Beatriz, 2007).

El AM vive en un entorno en el que existen aspectos positivos y negativos, que pueden afectar directa o indirectamente su capacidad funcional, y que implica un factor de riesgo importante para que el AM desarrolle enfermedades, sufra accidentes, pierda su autonomía e inclusive muera. (Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. 2002).

Según Céspedes A. et al. (1987), existen deficiencias de tipo afectivo, por falta de interacción y contacto social e inactividad de importancia. Villalobos (2004) en un estudio realizado en Costa Rica, reveló que los AM separados de su familia, (institucionalizados y no institucionalizados) experimentan sentimientos de soledad mostrando apatía, poca participación en actividades, presentándose en ellos de manera más prevalente aislamiento, sedentarismo y dependencia. En contraste, los AM que vivían con su familia fueron más activos y participativos en diferentes tareas.

Bourdieu (2000), menciona al *capital social* como: “el conjunto de redes de apoyo que dispone una persona como medio de incentivo para su trayectoria social, y del componente cultural representado en el bagaje educativo y cultural de la persona”, por lo tanto, para los AM, este capital social es la base para el bienestar (Cohen G. 2001).

Es importante tener en cuenta que desde la perspectiva del *desarrollo humano*, la CV se traduce y se aplica para potenciar las capacidades de las personas para lograr prácticas valiosas como parte del diario vivir; contrario a una perspectiva de evaluación de su utilidad y de los ingresos que produzcan (Sen, A. 2001).

A nivel de política internacional esta concepción de desarrollo humano llevó a la promulgación de los principios de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Humano en 1991, que son: independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. (Botero Beatriz, 2007).

Entender de esa manera la libertad del ser humano, como eje fundamental de la calidad de vida basada en la condición del ser humano como ser social es, entonces, fin principal del desarrollo, pero a su vez, el medio para alcanzarlo (Sen, A. 2001).

Adulto Mayor y Participación

Opiniones, estudios y conclusiones de autores de la geriatría y psicogerontología coinciden en que la participación en organizaciones comunitarias, le permiten al AM a usar y aprovechar adecuadamente su tiempo libre, lo que contribuye al mismo tiempo a potenciar su CV. Además, la actividad comunitaria resulta un eje importante en la determinación de los roles que el AM debe desempeñar; esta forma de integración permite al AM contactarse con otros AM y compartir desarrollando sus propias potencialidades a partir de este importante contacto.

Se ha descrito previamente que la CV de los AM está relacionada directamente con los recursos intelectuales, sociales, materiales y biológicos que se han recopilado y desarrollado a lo largo del ciclo vital. La vejez actualmente responde en gran medida a la construcción social y por ende los mitos creados alrededor del envejecimiento separan a los AM del resto de la sociedad, a propósito del mito de la pasividad asociado con la edad.

En la actualidad las personas mayores a los 65 años tienen años y perspectivas por delante, para los cuales la sociedad no está preparada, para brindar los espacios adecuados que merecen los AM. Es por eso que el trabajar en la manera de mejorar la CV en los AM, basados en programas y políticas es una tarea ineludible de la sociedad, es decir que el AM se reconozca a sí mismo como tal, reconociendo a la vejez como una etapa igual de importante para el desarrollo del ser humano.

La religión y el envejecimiento

La religiosidad se concibe como un paso de socialización a través del que el creyente se alimenta del saber que guiará sus conductas en la búsqueda de la experimentación de lo divino. La espiritualidad es un constructo que puede ser analizado por sus efectos en las respuestas de una persona acerca de las condiciones de su existencia y en relación con lo divino (Palomba Rosella, 2002). En psicología varios autores usan el término “Convicción Espiritual” para referirse a las creencias y prácticas religiosas y espirituales, este asocia un criterio integral que abarca lo emocional, aspectos cognitivos, conductuales y sociales. Ante las pérdidas de seres cercanos y la vivencia de la propia muerte en el imaginario del AM, las variables entre los estresores mencionados y el envejecimiento se pueden agrupar en recursos de tipo interno, externo y de afrontamiento (Palomba Rosella, 2002). Bajo este punto de vista, la convicción espiritual se entiende como un recurso interno, el soporte social religioso como recurso externo, y de acuerdo con la importancia que estos tengan para el sujeto, el afrontamiento podrá ser a su vez de tipo religioso.

Las preguntas clave que deben plantearse en este tema: ¿Son los AM más religiosos que los jóvenes? Y si, ¿Los seres humanos a medida que envejecen, se hacen más religiosos? Estos dos planteamientos están interrelacionadas pero no son iguales, y han sido abordados de muchas maneras, pero todavía en base a la literatura no se ha podido llegar a ninguna conclusión.

Un estudio ha planteado cinco dimensiones de religiosidad: prácticas religiosas, creencias religiosas, conocimiento religioso, experiencias religiosas, y consecuencias de la religión en la vida personal y social (Glock y Stark, 1965). El estudio mencionado reveló que la asistencia a la iglesia aumenta con la edad hasta los últimos años, momento en el que empieza a disminuir

gradualmente más que por falta de interés o intencionalidad, por las limitaciones de movilidad. De igual manera, los compromisos activos para con la iglesia disminuyen de manera directamente proporcional con la edad. Por otro lado, el escuchar misa por la radio o televisión, rezar, leer la biblia y meditar, aumentan con la edad (Moeberg, 1971), datos que coinciden con (Rivera-Ledesma, A, 2005) en un estudio hecho en la población de AM mexicanos en donde la religiosidad en su población es muy fuerte en la cultura.

Moeberg (1971), además evidenció que los AM mantienen más creencias tradicionales religiosas que las personas más jóvenes, lo que se evidencia en que la creencia de dios y en la inmortalidad predomina en gran medida en los AM, menciona que: *“Muchas personas mayores experimentan los sentimientos religiosos, emociones, pensamientos, visiones y sueños, compartiéndolos con sacerdotes, parientes o amigos”* (pág 29). La evidencia en cuestión de impresiones clínicas recogidas en varios artículos, sugieren que hay un incremento de estas experiencias de religiosidad con la edad.

La relevancia de la religión y de la iglesia para los AM va más allá de un sistema de creencias individuales. Cutler (1976) preguntó a una muestra de AM cuidadosamente seleccionados, sobre la clase de grupos a los que asistían regularmente (como grupos de AM, veteranos, grupos de lectura, etc.) y su satisfacción vital con ellos. Encontró que ser miembros de una iglesia estaba por encima de las diecisiete clases de grupos enumerados en el estudio y sobre todo encontró que el ser miembros de una iglesia era el único tipo de grupo relacionado con una mejor percepción global de CV.

Si bien no se ha podido determinar si el pertenecer a determinada iglesia está directamente relacionado con una mejor CV, o si los AM que tienen una mejor CV acuden a una iglesia o

incluso, si las personas que son miembros de una de estas tienen más posibilidades de exagerar su satisfacción de CV, pero la relación entre estos dos factores resulta consistente.

Rivera-Ledesma (2005), enumera razones desde la psico-gerontología por las que se puede afirmar que la iglesia tiene ventajas sobre otras organizaciones al servicio de los AM:

Gran parte de los AM tiene una historia en la que la religión y su parroquia son importantes. Estos espacios resultan familiares para ellos y se sienten cómodos en esos espacios.

Las iglesias sirven a personas de diversos grupos de edades, diferente a varias instituciones enfocadas en grupos de edad específicos.

El discutir problemas personales con un clérigo cumple la función de un asistente social o psicoterapeuta que por su familiaridad con los miembros de la familia genera una importante adherencia y confianza con el mismo.

El contarle las preocupaciones o problemas a un miembro de la iglesia, se toma de una manera hasta cierto punto informal en donde no se lleva un archivo oficial de la persona ni hay que dar explicaciones a terceros acerca de esto.

En los últimos años, las cuestiones esenciales sobre el significado de la vida y la muerte (desde la óptica de cada iglesia) se vuelven más relevantes y la idea del bienestar espiritual adquiere un mayor significado.

Muchas personas mayores, en especial en núcleos socio culturales más creyentes como la sociedad ecuatoriana, se sobreponen a situaciones que generan alto estrés, por medio de la fe y la creencia de un poder supremo.

En conclusión respecto a la participación social del AM, es necesario destacar ciertas características propias de los AM, en vías de un desarrollo adecuado de la CV de este grupo de edad. Es verdad que vivenciar desde el pasado está íntimamente relacionado con cuadros depresivos, que si bien este forma parte de los grandes síndromes geriátricos, no es mayor la prevalencia de este padecimiento en los AM comparado con otros grupos etarios, en donde es más prevalente de los 30 a 54 años (Rojas G, 1999); por ende esa vivencia en el pasado conlleva el valor de rescate de la cultura y del saber. Esta capacidad amplia del AM, al igual que su capacidad de brindar afecto, no han sido valoradas en la medida apropiada como cualidades inherentes al desarrollo del AM, sino que esa falta de reconocimiento ha propiciado la desintegración de este grupo de edad. Como Antonucci y Jackson (1990) propusieron: “las conductas de apoyo social proporcionan verdadero apoyo solo si influyen positivamente en la eficacia personal del receptor de este apoyo en las conductas cotidianas”. La modificación de la manera de percibir al AM como persona con diversas capacidades influye positivamente en la autopercepción, autoestima y la función de identidad.

Vida en pareja

Matrimonios que fracasan

La relación marital es la relación más importante en la vida del AM. La satisfacción con el matrimonio alcanza su menor nivel en la mediana edad para luego aumentar después en la vejez, en donde la satisfacción marital se percibe con mayor intensidad que en otros grupos de edad.

La relación marital es muy dinámica y fluctuante en los últimos años como el cualquier otro periodo de la vida. Brotman (1981), describió cambios generados en la etapa previa a la jubilación y cuando la persona deja de trabajar. Cuando la pareja está entre los 55 y 65 años de

edad la mayoría de los maridos y esposas todavía viven juntos y la mayoría de hombres así como aproximadamente la mitad de las mujeres siguen trabajando. Se observó que el 70% de las mujeres estaban casadas a esa edad así como el 87% de hombres. (Brotman, 1981). Los hijos en esta etapa generalmente han abandonado el hogar, por lo que los ingresos tienen un importante aumento, maridos y esposas experimentan una mayor intimidad y compañerismo, teniendo una autopercepción positiva de sus matrimonios.

Al analizar la década de los 65 a los 74 años de edad, la tasa de fallecimientos masculinos aumenta en importante medida, en esta etapa el 81% de los hombres están casados, en contraste con el 49% de las mujeres. En este grupo el número de personas empleadas es mínimo. En esta etapa el rol de esposo varía de ser el suministrador, al de ayudante que pasa mucho más tiempo en casa y el rol de la mujer reclama que ella aporta mayor cantidad de amor y comprensión que antes (Schaie, K. W y Willis, S. 2003).

En años posteriores a la jubilación, en edades entre los 70 y 75 años o más, el 69% de hombres y solo el 22% de mujeres tiene todavía cónyuge, siendo importante el porcentaje de mujeres que se han vuelto a casar. En esta etapa la salud lleva un papel preponderante en la relación marital, en donde las esposas se vuelven más dominantes que en cualquier otra edad, indudablemente debido en gran parte a una mala condición de salud del marido (Schaie, K. W y Willis, S. 2003).

En una visión general, la percepción del matrimonio en los últimos años es positiva, aunque se vea afectada en cierta medida en función del tiempo con problemas de salud lo cual implica directamente la posibilidad de muerte de uno de los cónyuges, normalmente el esposo. Sin embargo existe el factor de que muchas personas se han casado a los 30, 40 o más años de edad.

Dado que actualmente existe una gran proporción de divorcios de personas jóvenes y de mediana edad, la imagen futura puede diferir debido al aumento de matrimonios de AM que habrían estado casados anteriormente por períodos breves, lo que generarán relaciones de redes de apoyo diversas así como un importante porcentaje de AM sin un compañero o compañera.

Nuevas nupcias

Si bien se habló sobre una percepción general favorable acerca del matrimonio en los AM, las tasas de divorcios en el mundo y en el Ecuador siguen en constante crecimiento incluso en grupos de edad mayores. En el Ecuador según los datos del INEC para el año 2011 el 6,2% de los divorcios se dieron en personas mayores a los 65 años (1527 personas registradas). La tasa de divorcio para personas que llevan más de 25 años de matrimonio ha aumentado en consonancia con el aumento general de la tasa de divorcios.

Estas proporciones de divorcios en las personas AM no es una medida aconsejable para el número de matrimonios infelices, pues por cada divorcio que se produce en el último período de la vida, existen también una gran cantidad de matrimonios infelices, que a menudo son de larga data.

En ocasiones un matrimonio que desde sus comienzos funcionó bien, puede presentar problemas en años posteriores. Estas dificultades representan: “un intento de manipular y controlar el ambiente social, con el objeto de disminuir los sentimientos de falta de ayuda y de miedo cuando algunas necesidades esenciales no pueden ser satisfechas”. (Goldfarb, 1968).

Esto se contrasta con el hecho de que, en nuestro medio, las causas más importantes del divorcio en AM varían en función del género y el contexto social. Pues para muchos hombres se vincula más al sexo y la compañía, mientras que para la mayoría de las mujeres se relaciona con

una etapa de tranquilidad tras sentir que han gastado su vida al servicio del marido que en muchos casos tienen por detrás años de maltrato. En contraste para ambos sexos, el sufrir una ruptura del matrimonio genera una etapa de duelo que puede generar en depresión del AM lo que se traduce en un deterioro importante de su CV.

Aunque el divorcio es todavía relativamente poco común en los AM en comparación con otros grupos de edad, es usual el que contraigan segundas nupcias. En el estudio de Brotman (1998) con alrededor de 60 mil personas mayores a 65 años el 5% de matrimonios se dio por primera vez, mientras que el 75% de los matrimonios se dio entre viudos y viudas. Se observó además que aproximadamente los dos tercios de las personas que se casaron era hombres, pues culturalmente y dadas las condiciones en las que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, los hombres son quienes tienden a contraer matrimonio por segunda vez que las mujeres en una relación de 6:1 y en perspectiva general lo hacen con mujeres más jóvenes.

Un impedimento importante para las mujeres para volver a casarse es que se dan cuenta que tienen más probabilidades de estar más sanas que los hombres de su misma edad, aunque se espera que si lo hacen, lo hagan con hombres de mayor edad. Esta situación hace que puedan evitarlo, porque no quieren perder sus años futuros cuidando a un marido enfermo, con quien no han vivido suficientes años para generar lazos sentimentales intensos. Otro factor a menudo determinante son los hijos adultos quienes no quieren que sus padres vuelvan a casarse, que por intereses individuales o concepciones erróneas de segundas nupcias en el AM, no se comprenden la importancia de un compañero y de la vida sexual del AM.

Viudas y viudos

Existe una relación directamente proporcional y lógica entre los años de edad cumplidos y el riesgo de muerte de uno de los esposos, siendo los hombres quienes tienen menor esperanza de vida que las mujeres. Hay hasta seis veces más viudas que viudos entre aquellas personas que tienen entre 65 y 75 años, y casi cinco veces entre los que tienen más de 75 años (Betty Manrique-Espinoza, 2011). Las diferencias entre sexos se dan principalmente por tres factores: Las mujeres se casan con hombres más viejos que ellas, las mujeres viven más que los hombres y hay más viudos que viudas que se vuelven a casar (Masters, W.H y Johnson, V.E 1998). Estas razones se aplican de igual manera para explicar los altos porcentajes de nupcias en los hombres.

Los roles familiares se ven afectados en gran medida con la muerte de algún miembro de la familia, especialmente del cónyuge. En consecuencia el AM que enviudase sufre además de la aflicción de la pérdida, la privación; es decir, soledad, falta de compañía, pérdida de satisfacción sexual, alguien con quien compartir el trabajo diario en el hogar, etc. Parkes (1972) menciona que: “la evolución cultural que ha posibilitado que el matrimonio sea una parte integral de nuestra organización social ha hecho poco para asegurar que las funciones que esto supone se llevarán adecuadamente después de su disolución”.

Luego de la aflicción por la muerte de los esposos, las viudas mayores no parecen compartir el aumento significativo en la incidencia de las enfermedades físicas tanto como viudas menores. Este hecho en cierta medida se puede explicar con el fenómeno denominado “ensayo de viudedad” en el que la mujer anticipa lo que sería de su vida al momento de quedarse viuda de tal manera que psicológicamente experimenta algunas dificultades emocionales de la viudez antes de que suceda. Las mujeres mayores en muchos casos ya han vivido la pérdida de familiares y seres queridos y son quienes han ensayado a profundidad lo que podría llegar a ser la viudez (Villar, F., Triadó, C. 2003). Este fenómeno se experimenta de igual manera en los hombres, pero en menor intensidad.

La aflicción por la muerte de la pareja, hace que el cónyuge sobreviviente cambie su manera y concepción de ver el mundo a su alrededor. Esta resulta en una difícil transición pues es común que el AM que enviuda sienta que su pareja está todavía a su lado y se convive con mayor cercanía la muerte (Masters, W.H y Johnson, V.E .1998).

Mientras que la viuda mayor tiene un amplio círculo de amistades en su condición de viudez con las que puede establecer amistad y relaciones de compañerismo, el viudo mayor por otro lado tiene relativamente pocos amigos hombres, aunque puede tener ciertos tipos compensatorios dentro de sus redes de apoyo y relaciones sociales (y a menudo sexuales) que se pueden establecer con otras viudas. El duelo y la aflicción en el hombre pueden ser aún más fuerte que en la mujer, pues significa que este tendrá que desenvolverse en tareas del hogar para que según su experiencia previa y su autoconcepción no estaban preparados. A esto se añade que pueden tener mayor dificultad para establecer relaciones sociales (López Sánchez Félix, 2005).

Si bien la evidencia demuestra que los hombres son más propensos a superar con mayor dificultad la pérdida del cónyuge, lo cierto es que para ambos sexos la pérdida del compañero – aún si no fue una relación ideal- genera privación en cualquiera de ellos.

Aquellos que nunca se casaron

Aunque las personas que nunca se casaron admiten soledad en sus vidas, esta soledad ha significado el tema central de sus días; sin embargo no parecen que estén más solas o infelices que cuando eran jóvenes, o que otras personas de su edad. De hecho, el no tener que enfrentarse a dolorosas pérdidas que sufren las personas casadas cuando enviudan, supone una importante ventaja emocional (Villar, F., Triadó, C. 2003). Muchos por supuesto no están solos en el sentido literal de la palabra, pues viven con algún familiar y tienen círculos sociales más amplios. Shanas

(1979), observó en su estudio que las personas jóvenes que no se han casado nunca (menores de 50 años) ven su vida más excitante que los casados, percepción que se ve levemente disminuida con el incremento de la edad. Concluye además que con el cambio generacional las personas actualmente jóvenes que tienen una mayor educación podrían llegar a solteros en la vejez con diferente percepción.

Sexualidad en los Adultos Mayores

El estudio de la vejez, así como temas específicos a esta como la sexualidad en los AM, cada vez conlleva una mayor importancia por múltiples razones como el hecho de que la población mundial de adultos mayores (en occidente) tiene un aumento sostenido, que avanza proporcionalmente tanto por el incremento de la esperanza de vida que se contrasta con la disminución de la natalidad. Se ha discutido previamente sobre las carencias que socialmente experimentan los AM desde la percepción cultural y las políticas de protección a esta población vulnerable, pues no deja de afectar a la esfera emocional y afectiva en los AM.

Los problemas de soledad y de relaciones familiares y sociales ocupan un lugar predominante como los AM reconocen. Los AM tienen las mismas necesidades afectivas interpersonales que las personas de otros grupos de edad, pero generalmente las tienen menos cubiertas, como Hanson y Carpenter (1995) lo describen:

- Apego: vínculo afectivo estrecho incondicional que genera seguridad.
- Integración: pertenencia a un grupo con el cual se mantienen determinadas actividades.
- Autoestima: sentimiento de que uno es valorado por sus características personales.

- Alianza fiable: seguridad en que el otro ayudará cuando se le necesite.
- Guía informativa: el otro en cuanto que ofrece consejos e información.
- Oportunidad de dar apoyo: Sentimiento de que el otro nos necesita para sentirse bien.

Estas necesidades personales se ven con frecuencia afectadas en la población de AM por pérdida de la figura de apego (pareja, familiares y amigos íntimos) y también la ruptura con las relaciones sociales como lo supone la jubilación o las dificultades físicas que pueda presentar el AM para contactar con otras personas o círculos sociales que provocan una situación de soledad emocional y social.

La desvinculación personal y social, así como la negación de la sexualidad en la vejez generan graves complicaciones a las personas mayores para satisfacer sus necesidades, por lo que el intentar mantener y crear nuevos vínculos afectivos estables y seguros en esta población y conseguir que los AM se mantengan dentro de la vida de familia, mantengan amistades y se integren en actividades sociales, debe ser uno de los objetivos elementales de la educación general y sexual en particular.

El favorecer la calidad de vida de los AM depende de varios factores que varían de persona a persona. Identificar el bienestar de las personas, puntualmente de los AM, con la actividad sexual coital es una simplificación que resulta poco aceptable, pues el ideal resulta en intervenir en la vejez desde un punto de vista biográfico bajo el marco del respeto a la historia, vivencias, experiencias, valores y decisiones de los AM, planteando posibilidades mas no imponiendo exigencias en estos temas; pues la calidad de vida vista desde términos cualitativos de los objetivos

sanitarios globales, el cuidado de la sexualidad y la vida afectiva de los AM se convierte en un objetivo fundamental.

Cambios en la respuesta sexual en los Adultos Mayores

Tanto hombres como mujeres experimentan cambios morfo funcionales a nivel endócrino metabólico y morfológicos, los cuales en sí mismos no justifican una brusca interrupción de la actividad sexual, sino que la adaptación a estos cambios puede traducirse en un enriquecimiento de la vivencia sexual de la pareja, libres de miedos al embarazo y del deseo menos controlado a la eyaculación. (López Sánchez Félix, 2005). Bajo esta tónica, si se tiene en cuenta no solamente los componentes fisiológicos del deseo (relacionado con la testosterona), la excitación, el orgasmo y su resolución, y se da importancia al interés y deseo de tener cercanía con el ser querido donde importa ser abrazados, acariciados, sentir el placer del contacto corporal y la resolución de la actividad sexual en sí misma, seguramente se dejará de ver culturalmente a la vejez como un periodo de nulidad sexual. En la tabla 2 se muestran los principales cambios que experimenta el AM en su sexualidad.

Tabla 2

Sexualidad en la vejez. Diferencias hombre/mujer.

	Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolución
Hombre	Puede ser menor, por razones psicosociales u hormonales.	Necesita más estímulos. Es más lenta. Los cambios son menos vigorosos. Puede haber dificultades en la erección.	Menos volumen de eyaculación. Menos contracciones, menos vigor en contracciones.	Se alarga claramente el tiempo entre una y otra erección.
Mujer	Suele ser menor, por razones psicosociales u hormonales.	Necesita más estímulos. Es más lenta. Los cambios son menos vigorosos. Puede haber dispareunia.	Menos contracciones. Menor vigor en contracciones. Mantiene capacidad multiorgásmica.	No hay una clara afectación.
Ninguna dificultad fisiológica impide el placer sexual pleno. El placer subjetivo de la respuesta orgásmica no tiene por qué disminuir. La respuesta sexual está afectada por factores afectivos y cognitivos: fantasías, valoración de la relación, grado de intimidad, pasión sexual, etc. Hay una gran variabilidad de unos AM a otros.				

FUENTE: LÓPEZ FÉLIX (2005). SEXUALIDAD EN LA VEJEZ. EDICIONES PIRÁMIDE. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Factores que condicionan la actividad sexual en la vejez / Ventajas de la vejez

Los factores que condicionan la sexualidad en los AM son varios. Se han expuesto varias situaciones socioculturales que afectan directa o indirectamente este ámbito: el entendimiento de los cambios en la vejez vista desde el deterioro, la imposición social de la sexualidad como una práctica exclusiva de la juventud, cambios fisiológicos y psicológicos del envejecimiento. Se exponen a continuación otros factores relevantes que influyen en los AM según estén presentes o no y según la intensidad; en este sentido se pueden agrupar factores psicosociales y factores relacionados con la salud.

Influencia del historial de salud

La condición física y problemas específicos de la salud favorecen o limitan la actividad sexual y su interés en ella en los AM. Su intensidad psicológica puede cambiar, las posibilidades de coito, así como los métodos de la expresión sexual también, pero la actividad sexual cursa a lo largo de todo el ciclo de la vida.

No cabe duda que la frecuencia y oportunidades de mantener relaciones sexuales disminuye en los últimos años de la vida; aunque las limitaciones de salud pueden explicar muchos de estos cambios, no se puede justificarlos en su totalidad, ya que al parecer los AM sanos parecen ser menos activos sexualmente que los adultos jóvenes. Se afirma que varios problemas de salud frecuentes en los AM (como los infartos, diabetes, hipertensión, etc.) no deberían limitar la actividad sexual tanto como suele hacerlo. En este contexto el explicar y clarificar la real implicación de la condición de enfermedad en la sexualidad, puede ser un alivio importante y por tanto terapéutico para el paciente en cuestión y la pareja que a su momento puede eludir la

actividad sexual por conceptos erróneos acerca de los riesgos potenciales a la salud que conlleva esta práctica.

En nuestra sociedad es frecuente que, incluso entre profesionales de la salud, encontrar el mito de que la actividad sexual en la vejez sobre todo en exceso puede ser perjudicial para la salud, lo cual obviando específicos padecimientos, no tiene validez científica. Por otra parte se ha observado que la propia relación de contacto interpersonal y el placer experimentado facilitan la acción del sistema inmunitario, además en la mujer la actividad sexual facilita el trofismo de la vagina reduciendo así la sintomatología de la vulvovaginitis atrófica y en el hombre al actividad sexual descongestiona la próstata, aliviando así los síntomas de prostatismo que se presentan con frecuencia con la edad. Se ha visto que además en ambos sexos producto del pacer se liberan endorfinas, sustancia que de manera beneficiosa puede facilitar el sueño nocturno, que con frecuencia es problemático en la vejez (Masters, W.H, 1999).

La ansiedad y depresión son dos procesos prevalentes en los AM, en donde los problemas de soledad, pérdida de amistades y de la pareja, dificultades económicas, etc., son muy frecuentes. La disminución del interés por la vida del AM se asocia en gran medida con la pérdida de interés por la actividad sexual, pues este cuadro se constituye como la manifestación fundamental del deterioro de la sexualidad en el AM (López Sánchez Félix, 2005). Se ha visto que ciertos antidepresivos pueden inducir a una mejoría de este tipo de cuadros aunque de cierta manera también pueden afectar la actividad sobre todo en hombres; en estos casos es importante evaluar cada caso particular en pro de una mejor calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares son muy frecuentes en la vejez, en especial la cardiopatía isquémica. La mayor parte de pacientes que han sufrido un evento de este tipo están

en condiciones de llevar una vida sexual normal en donde conviene llevar medidas como una actividad sexual tranquila y evitarla en situaciones de agotamiento o luego de ingerir alimentos. La existencia de factores de riesgo cardiovasculares como la diabetes mellitus, hipertensión arterial o hipercolesterolemia no justifica la restricción de la actividad sexual (López Sánchez Félix (2005).

Personas con antecedentes de enfermedades oncológicas pueden llevar una vida sexual sin complicaciones, en casos de enfermedad avanzada; donde intervenciones quirúrgicas agresivas pueden afectar los mecanismos neurológicos de la respuesta sexual, independientemente de la actividad coital, la comunicación interpersonal en la intimidad y otros tipos de actividad sexual no coital son de gran importancia.

En AM hombres un tema muy importante por su frecuencia es la prostatectomía. La prostatectomía efectuada mediante resección transuretral presenta como única alteración la aparición de un orgasmo sin eyaculación, pues el contenido se dirige de manera retrógrada. En cambio la prostatectomía que se efectúa con la extracción total de la glándula está asociada a un grado variable (10 a 50%) a dificultades en la erección (Martin, C.M. 1998).

Aproximadamente dos de cada tres AM toma algún medicamento y dentro de los fármacos más frecuentes para esta población están los antihipertensivos y antidepresivos, estos son los que en mayor medida causan deterioro de la sexualidad, por lo que es importante inferir al paciente acerca de esta condición, que muchas veces al ser consultados lo pueden negar por vergüenza.

Se han señalado factores sociales en los que la sexualidad en el AM es vista como un tabú, el analizar cambios morfofuncionales propios del envejecimiento como factores en la disminución de la actividad sexual en AM es importante, se resalta (para todos los grupos de edad) que la

sexualidad no debe estar sujeta a cuotas de rendimiento (Mulligan, T. y Katz, P.G 2002). Así, el conocer los cambios fisiológicos propios del hombre AM puede servir para aceptar y adaptarse a las situaciones puntuales de la dificultad eréctil, que con frecuencia se viven como tragedias personales que conducen a cuadros de ansiedad y por ende la decisión de evitar la actividad sexual.

Es de vital importancia reconstruir la imagen corporal propia aceptando los cambios relacionados con la edad, entendiendo que un cuerpo envejecido puede dar y recibir placer. En el caso de las mujeres es un aspecto a resaltar, el hecho de que ellas toman menos la iniciativa o son menos activas al respecto; en definitiva, las mujeres (desde el contexto generacional) viven una sexualidad que frecuentemente depende de los deseos del hombre más que de ellas mismas. Es por eso que cuando Marqués, J.V (1999) preguntó a las mujeres AM las razones por las que no tienen vida sexual, ellas en su mayoría lo atribuyen a causas que no dependen de ellas, lo que muestra que aunque los cambios generacionales van cambiando en este aspecto, este sigue siendo un problema presente.

Calidad de vida relacionada con la salud.

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de la salud con el punto de vista de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de su vida (Mceberg GA. 1993).

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, en el campo de la salud ha sido uno de los conceptos que más se ha usado de manera indistinta al de calidad de vida, pues muy pocos autores hacen alguna diferenciación con el término calidad de vida en general (CV). Comúnmente la calidad de vida relacionada con la salud es usada sin distinción como estado de salud, funcionalidad o calidad de vida. (Nanda U, Andresen E. 1998).

Autores que realizan distinción entre los conceptos de Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, enfocan sus conceptos en aspectos específicos, por ejemplo, Shumaker SA, Naughton MJ, (1995) lo definen como la:

“Evaluación Subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de la vida y que esto se refleje en su bienestar general”. (Pág. 3-10).

Bajo esta tónica, uno de los ejes más importantes de esta distinción son los términos de “evaluación subjetiva”, que O’Boyle C (1994) define como:

“Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.” (3: 3-23)

Estos conceptos si bien pretenden expresar puntualmente un concepto específico para CVRS, no deja de abarcar lo que conceptualmente sea o no desde el campo de la salud se entiende y se estudia como calidad de vida (con sus ventajas y limitaciones descritas).

Sobre estos conceptos (CV y CVRS) se concluye que la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, permite comprender desde la perspectiva de los propios sujetos la evaluación sobre su propio estado de salud, permitiendo su emergente utilización, profundizar en el vasto campo de la dimensión subjetiva de la salud humana.

Dependencia

La dependencia es la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. (Gutiérrez Luis, García María, Jiménez Javier. 2014).

Implica además la pérdida de la autonomía y deja el cuidado propio a otras personas o instituciones. Aunque la condición de dependencia puede darse en cualquier etapa de la vida, hay factores que hacen a los AM más susceptibles, pues la vejez viene acompañada de condiciones que deterioran la salud y que pueden en algunos casos llevar con rapidez a la muerte. Los AM se enfrentan a la multi-morbilidad, la cronicidad de estas, discapacidad temporal y permanente, fragilidad, pérdida de las capacidades funcionales físicas y psicológicas, todas ellas vinculadas, de menor o mayor medida, a la dependencia. (Gutiérrez Luis, García María, Jiménez Javier. 2014).

Algunos autores coinciden en que la dependencia responde a un constructo social que es un reflejo de intereses políticos, económicos y culturales alrededor de los AM, que va más allá del envejecimiento biológico o cronológico. (Moreno A. 2013)

La dependencia se concibe desde diferentes ámbitos, según el motivo que la genere, y abarca desde el nivel emocional y afectivo, hasta el económico y físico. La presencia de un tipo de dependencia puede generar, a su vez, en otra u otras dependencias, ya que algunas de éstas convergen de manera temporal o permanente, de modo que afectan diversos aspectos de la vida del AM. (Gutiérrez-Robledo LM, Kershenovich SD. 2012).

Al momento, no se cuenta con un marco único sobre el concepto y las múltiples variables relacionadas con la dependencia de los adultos mayores. De manera que este concepto se emplea para describir discapacidad, fragilidad o disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades

de la vida diaria de manera autónoma, como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, etc. (Gutiérrez Luis, García María, Jiménez Javier. 2014).

Una de las definiciones más utilizadas es la del Consejo de Europa, que la reconoce como:

[...] un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. (Manrique-Espinoza B, 2014).

Esta postura resulta ser una referencia útil como un punto de partida, susceptible de cambios y mejoras, pues cada país debe establecer los criterios que delimiten la dependencia. En este esfuerzo, una de las tareas importantes del Ecuador es consensuar una definición que exprese las necesidades y particularidades de sus AM y de su sociedad pluricultural en conjunto. Esto estimulará el diseño de políticas públicas que integren la heterogeneidad de los AM en su contexto sociocultural. (Gutiérrez Luis, García María, Jiménez Javier. 2014).

Tipos de dependencia

Una persona es identificada como dependiente en tanto demande el apoyo y la atención dentro del seno de la familia, la comunidad o las instituciones.

Se distinguen 4 tipos diferentes:

Dependencia económica, ocurre cuando la persona mayor depende de una combinación entre la paga de la jubilación y de la seguridad social, de la asistencia social o de regalos de la familia.

Dependencia física, que surge cuando el funcionamiento biológico de la persona determina y no permite la actuación y realización de las tareas necesarias, tales como caminar, ir de compras, visitar a otras personas o cocinar.

Dependencia mental paralela a la dependencia física; tiene lugar cuando el deterioro o el cambio en el sistema nervioso central produce marcados defectos en la memoria, la orientación, comprensión o el juicio.

Dependencia social que surge cuando se produce una pérdida de personas significativas para la vida del AM. Esto produce conciencia reducida de la sociedad, un poder individual reducido y limitaciones en los roles sociales. (Kalish Richard A. 1996).

Aunque los AM frecuentemente dan por ellos mismos o dentro de su núcleo familiar una solución a sus necesidades de dependencia, la sociedad es llamada para que les ayude en una o más de esas necesidades (Kalish Richard A. 1996). Dado que el apoyo para un tipo de dependencia tiende a apaciguar los problemas, esta ayuda puede tener un efecto saludable. Por ejemplo,

ayudando a una persona en sus necesidades físicas, se puede lograr que se sienta menos ansiosa y que interactúe con los demás y que se enfrente con las necesidades de dependencia social. (Castellón, Alberto. 2001).

Muchos AM no están de acuerdo con su propia dependencia. Les gustaría mucho más poder mantener el control sobre el ambiente en lugar de necesitar de los demás para ello. Irónicamente, su resentimiento por esta situación puede causarles preocupaciones, quejas y así, por miedo a perder sus relaciones necesarias con los demás, llegar a ser más dependientes (Kalish Richard A. 1996).

No todas las culturas ponen tanto énfasis en la independencia, aunque este valor se encuentra, variando de intensidad, en la mayoría de culturas occidentales. Los igbos de África, por ejemplo, son muy diferentes: la vejez en este pueblo no es productiva en sus años avanzados, pero los AM pueden demandar cuidados como manera de reconocimiento público sin sentir con ello que se les esté haciendo un regalo, favor o que se esté afectando su ego, etc. La persona que no ofrezca tales cuidados es puesta en ridículo y de varias maneras marginada en el contexto cultural. (Kalish Richard A. 1996).

Privación Sensorial en el Adulto Mayor

Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor

Se entiende por Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor (SPS) a:

“la afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida” (Osorio P, Torrejón M, Vogel N. 2008).

El SPS es un problema común en el envejecimiento y un problema en constante crecimiento debido al envejecimiento poblacional en el mundo. La multipatología en los adultos mayores, sumado a problemas psico-sociales y la polifarmacia, el SPS es subestimado o no es visto como un contexto que afecta diversas esferas de la vida los AM. Sin embargo, en varias situaciones el déficit auditivo, visual, del olfato y del gusto se correlacionan directa e indirectamente con otros síndromes geriátricos, por lo que su identificación se complica, lo que deriva en el sub diagnóstico y por tanto, retraso en el tratamiento, afectando la integridad y calidad de vida del AM y condicionando diferentes grados de dependencia funcional (Urzúa A, Jarne A. 2008). Es por eso que la comprensión, así como la búsqueda intencionada de los problemas mediante tamizajes oportunos evita el progreso de dichas condiciones físicas así como favorece una mejor calidad de vida en los AM.

Déficit auditivo como síndrome de privación sensorial

El déficit auditivo es una de las condiciones crónicas más comunes en los AM, su prevalencia se estima en 90% en personas de 80 o más años (Varela, L, Chávez H, 2005). Los factores que se asocian a la pérdida de la agudeza auditiva son: sexo masculino, edad avanzada, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebro-vascular, tabaquismo, exposición a ruido ocupacional, cirugía auditiva previa, exposición a ototóxicos.

El principal problema que experimentan los AM con el déficit auditivo se presenta en la comunicación. Suele percibirse como un estigma social o asumirse como parte normal del envejecimiento, lo que conlleva a no buscar atención médica oportuna, que genera discapacidad y limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicológica y cognoscitiva, por ejemplo, favorece la aparición de depresión, ansiedad y limita las relaciones sociales llevando al aislamiento, el déficit auditivo se asocia además a una mayor incidencia de deterioro cognoscitivo y viceversa: la demencia y el deterioro cognoscitivo moderado afectan las funciones centrales de audición provocando mayor déficit auditivo (Varela L. 2003).

Se ha confirmado que existe una asociación entre déficit auditivo y riesgo de morbi-mortalidad, incluyendo la dependencia en actividades de la vida diaria o muerte. Puesto que el déficit auditivo está ligado al deterioro de otras esferas y concomitantemente al detrimento de la CV, el control de patologías crónicas así como la suspensión de hábitos perniciosos descritos como factores de riesgo asociados, es parte de las conductas con las que se debe comenzar. También, el uso de dispositivos auditivos mejora la percepción de la calidad de vida, reducen las consecuencias emocionales y sociales, siendo una estrategia costo-efectiva al reducir en 60% los costos en la atención generados por el déficit auditivo en el adulto mayor (Varela L. 2003).

Déficit visual como síndrome de privación sensorial

El déficit visual asociado a padecimientos relacionados con el envejecimiento es una de las condiciones más comunes entre los AM y un problema de salud pública. El factor de riesgo más importante para el déficit visual es la edad. La prevalencia se duplica al comparar el grupo de 70-79 años contra el grupo de 80 y más años, el sexo femenino tiene mayor riesgo (López-Mompó C, López-Pavón I, 2011).

Es muy importante tomar en cuenta las complicaciones y consecuencias que están asociadas al déficit visual, como son: dependencia funcional, depresión, aislamiento social, incremento de riesgo de lesiones, riesgo de caídas, incremento en la morbilidad, discapacidad, inicia o perpetúa el deterioro psico-social, dificultad para rehabilitación y aumenta los costos en salud (Jackson ML, et al. 2009).

Se recomienda que los ambientes dentro de los que se desenvuelven los AM con déficit visual deben favorecer la visión manteniendo una iluminación adecuada especialmente en la recámara y cuarto de baño, usar contraste de colores, pasamanos y barandales en gradas y corredores para prevenir caídas, adaptar textos en letras grandes, propiciar la adaptación y aceptación del AM a esta condición. Es importante que la rehabilitación del déficit visual sea efectiva, segura y multidisciplinaria que incluya optometristas y oftalmólogos en los casos pertinentes (como en casos de catarata). Es importante si se da el caso, en problemas de refracción, que la utilización de lentes sea oportuna, pues se traduce en una mejoría importante de la CV en el AM (López-Mompó C, López-Pavón I. 2011).

Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL-Old.

El proyecto WHOQoL-OLD (World Health Organization Quality of Life- Old) inicio en 1999, como una cooperación científica de varios centros, el objetivo principal fue desarrollar y evaluar una medida genérica de calidad de vida en adultos mayores para uso internacional y transcultural. Así se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD, cuyo origen se remonta a los cuestionarios de calidad de vida de la OMS; WHOQoL-100 o el WHOQoL-Bref que fueron utilizados para medir la CV en la población adulta en general, de los cuales se pensaba que su uso era adecuado también en la población de adultos mayores (WHOQoL Group, 2006).

Estimando la posibilidad de que ciertas dimensiones son valoradas de una perspectiva propia en los distintos grupos etarios, se realizaron una serie de estudios pilotos en diversas regiones como Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros que dieron como resultado la culminación de este instrumento transcultural. (Power M, Quinn K, Schmidt S, 2005). Este cuestionario está conformado por un total de 24 ítems en escala Likert de 5 opciones, asignados a 6 dimensiones: “Capacidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades pasadas, presentes y futuras”, “Participación Social”, “Muerte y morir” y “La intimidad”.

Cada una de las dimensiones tiene 4 elementos, por lo tanto, para todas las dimensiones el rango de puntuación posible está comprendido entre 4 a 20 puntos, siempre que todos los elementos de las dimensiones estén completos. Todos los elementos del instrumento pueden combinarse para producir una puntuación general para la calidad de vida en los adultos mayores (WHOQoL Group, 2006).

De acuerdo al manual de desarrollo de instrumento WHOQoL-OLD las dimensiones propuestas se relacionan con los siguientes conceptos: La dimensión "capacidades sensoriales" evalúa el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida. La dimensión "Autonomía" se refiere a la independencia en la vejez y por lo tanto describe la capacidad de poder vivir de forma autónoma y tomar decisiones propias. La dimensión "Actividades pasadas, presentes y futuras" describe la satisfacción sobre los logros en la vida y en la esperanza de continuar realizando u obteniendo cosas con interés, la dimensión "participación social" delinea la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad. La dimensión " Muerte y morir" está relacionada con inquietudes, preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir, mientras que la dimensión " intimidad " evalúa el poder tener relaciones personales e íntimas (WHOQoL Group, 2006).

CAPÍTULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal médico o relacionado con la atención en salud, usualmente toma parámetros sociodemográficos, o de morbilidad para relacionarlos con la calidad de vida de los pacientes, el usar únicamente medidas objetivas para valorar este precepto, sería incorrecto; ya que partiendo desde el concepto realizado en consenso por la OMS sabemos que calidad de vida es: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida...”, por lo que es necesario usar evaluaciones subjetivas pero recogidas desde el paciente para cumplir con una valoración integral, e identificar las principales problemáticas en este grupo poblacional, para implementar políticas públicas, ajustes y mejoras en el modelo de atención en salud en las instituciones.

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la calidad de vida percibida en adultos mayores que acuden a consulta externa del hospital de Atención Integral del Adulto mayor?

2. HIPÓTESIS

Los adultos mayores que asisten al HAIAM tienen una mejor percepción de calidad de vida en las esferas de participación social y actividades pasadas, presentes y futuras y menor percepción de CV en las esferas de habilidad sensorial, intimidad y autonomía.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida percibida en los pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa del HAIAM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y de morbilidad de los pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa del HAIAM.
- Establecer las esferas más afectadas de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que asisten a la consulta externa del HAIAM.
- Determinar las relaciones entre las características sociodemográficas y calidad de vida.

CAPÍTULO IV

MATERIALES Y MÉTODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

2. ÁREA DE ESTUDIO

2.1. Universo:

Hombres y mujeres adultos mayores ambulatorios de la consulta externa del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor de la ciudad de Quito en el mes de julio del 2016.

2.2. Muestra:

El cálculo de la muestra se realizó en base a la fórmula de estudios descriptivos:

$$n = (de)^2 \times \frac{[p(1 - p)]}{(e)^2}$$

Descripción de la fórmula:

n = tamaño de la muestra requerido

de = nivel de fiabilidad de 95 % (valor estándar de 1.96)

p = prevalencia estimada de la variable considerada

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, para el año 2010 el 81% de adultos mayores se mostraron satisfechos con su vida.

e= margen de error de 5 % (valor estándar de 0.05)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = (1,96)^2 \times \frac{[0,81(1 - 0,81)]}{(0,05)^2}$$

$$n=237$$

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

2.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes masculinos y femeninos ambulatorios mayores de 65 años de la consulta externa del Hospital De Atención Integral al Adulto Mayor de la ciudad de Quito.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con trastornos cognitivos severos.
- Adultos mayores con discapacidad auditiva severa.
- Adultos mayores institucionalizados.
- Adultos mayores que no otorguen su consentimiento para el estudio.

3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Variables sociodemográficas

Tabla 3

Variables sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable/ Categoría	Escala	Indicador
Edad	Vocablo que hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa/ Discreta	1. = 65-74 2. = 75-89 3. = 90 – 99	Promedio Desviación estándar. Mínimo Máximo
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Cualitativa Dicotómica/ Nominal	1. = Hombre 2. = Mujer	Porcentaje Proporción
Estado civil	Condición civil de un individuo en cuanto a la existencia o no de una relación de pareja.	Cualitativa/ Nominal	1. = Soltero/a 2. = Casado/a 3. = Unión libre 4. = Separado/a 5. = Divorciado/a 6. = Viudo/a	Porcentaje
Nivel de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Cualitativa/ Nominal	1. = Ninguna 2. = Primaria 3. = Secundaria 4. = Superior	Porcentaje Promedio Desviación estándar Mínimo Máximo
Convivencia	Es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros).	Cualitativa/ Nominal	1. = Solo/a 2. = Con pareja 3. = Con hijos 4. = Pareja e hijos 5. = Con otro familiar 6. = Cuidador	Porcentaje
Identidad étnica	Se puede definir como la parte de la imagen de sí que nace de la consciencia de ser miembro de un particular grupo étnico, unida al valor y al significado emotivo atribuido a esa pertenencia. (Tajfel, 1982)	Cualitativa/ Nominal	1. = Blanco 2. = Mestizo 3. = Indígena 4. = Afroecuatoriano 5. = Montubio 6. = Mulato 7. = Otro	Proporción

Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

3.2. Variables de morbilidad

Tabla 4

Variables de morbilidad

Definición conceptual	Variable	Tipo de variable/ Categoría	Escala	Indicador
Enfermedad Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa	Cardiológicas	Cualitativa, dicotómica/ Nominal	1 = SI 2 = NO	Proporción
	Tiroideos			
	Reumatológicas			
	Respiratorias			
	Hipertensión arterial			
	Diabetes mellitus			
	Visuales			
	Auditivas			
	Osteoarticulares			
	Urogenitales			
	Gastroenterológicas			
	Hematológicas			
	Oncológicas			
	Neurológicas			
	Otras			

Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

3.3. Variables de satisfacción.

Tabla 5

Variables de satisfacción.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable/ Categoría	Escala	Indicador
Satisfacción con la Calidad de vida	Sentimiento de bienestar o placer en relación a la calidad de vida.	Cualitativa/ Ordinal	1. = Insatisfecho 2. = Medianamente satisfecho 3. = Satisfecho	Proporción
Satisfacción con el estado de Salud	Sentimiento de bienestar o placer en relación al estado de salud.	Cualitativa/ Ordinal	1. = Insatisfecho 2. = Medianamente satisfecho 3. = Satisfecho	Proporción

Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

3.4. Variables de Calidad de vida

Tabla 6

Variables de Calidad de vida.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable/ Categoría	Escala	Indicador
Calidad de vida WHOQOL-OLD	Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.	Cualitativa/ Ordinal	1. = 1-48 Mala 2. = 49-72 Medianamente Buena 3. = 73-120 Buena	Proporción
Habilidad sensorial	Capacidad sensorial que afecta la vida diaria y el funcionamiento general.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción
Autonomía	Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros. Capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere, consiente de las consecuencias de los actos y decisiones.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción
Actividades pasadas, presentes y futuras	Grado de satisfacción con los logros pasados y futuros y con el reconocimiento de lo realizado.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción
Participación social	Proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción
Muerte y el morir	Efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un ser vivo; y con ello el fin de la vida.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción
Intimidad	Es la preservación del sujeto y sus actos del resto de seres humanos, pero también se refiere a la característica de un lugar que invita a este estado del ser humano. La intimidad puede ser entendida como un aspecto de la seguridad. También aplica a todo lo referente a la sexualidad.	Cualitativa/ Ordinal	1. = BAJO 2. = MEDIO 3. = ALTO	Proporción

Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

4. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN

4.1. Fuente de obtención de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas (Apéndice 1), sobre datos sociodemográficos determinados en la operacionalización de variables, además de la aplicación del cuestionario WHOQoL- OLD (Apéndice 4).

4.1.1. Prueba piloto.

Mediante muestreo aleatorio simple, se realizó la selección de 12 adultos mayores, que cumplieron criterios de inclusión, a quienes se les solicitó su participación en la prueba piloto, se entregó el consentimiento informado (Apéndice 1), la versión en español oficial del cuestionario WHOQoL-OLD y el cuestionario de datos sociodemográficos (Apéndice 2).

Posteriormente mediante entrevistas abiertas, se solicitó información respecto al entendimiento de las preguntas y recomendaciones en la formulación de las mismas, se tomaron apuntes siguiendo la guía de entrevista para pacientes (Apéndice 3).

4.1.2. Adecuación del Instrumento

Se tomaron en cuenta las recomendaciones de los pacientes, se solicitó además a una redactora la corrección de estilo y adaptación al español hablado en Ecuador y se rediseñaron las preguntas del instrumento para un mejor entendimiento por nuestra población, respetando el concepto y objetivo de las mismas.

4.1.3. Ejecución de instrumentos

El cuestionario se ejecutó directamente por los investigadores en un área tranquila y cómoda para el paciente.

Los investigadores se capacitaron para la realización del mismo mediante la lectura exhaustiva del manual de uso e interpretación del instrumento WHOQoL-OLD.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados se organizaron en una matriz en el programa Excel 2013, posteriormente se trasladaron al programa estadístico SPSS v23.0 con licencia de la PUCE. Se realizó el análisis estadístico descriptivo.

Para el análisis univariar, en las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), en las variables cualitativas se describió las frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis bivariar; se utilizaron métodos de estadística inferencial específica determinadas en base a: la “Guía Práctica del Curso de Bioestadística Aplicada a las Ciencias de la Salud” del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de España.

5.1. Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.

Entender el análisis estadístico de las variables es algo complejo cuando no se forma parte de la investigación, en este estudio se utilizaron 30 variables y se realizaron correlaciones con más de una técnica estadística, por esto se decidió crear un cuadro simplificando todos los procesos ejecutados para que el lector pueda comprender de mejor manera la metodología utilizada y posteriormente los resultados obtenidos. A continuación se presenta la tabla.

Tabla 7.

Resumen de metodología utilizada en el análisis y correlaciones de las variables.

PRIMERA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SEGUNDA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	TÉCNICA ESTADÍSTICA
Calidad de vida WHOQoL-OLD	Cualitativa ordinal	Edad	Cuantitativa discreta	Correlación de Sperman
		Estado civil	Cualitativa nominal \geq 2 categorías	Chi cuadrado
		Convivencia		
		Nivel de instrucción		
		Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado Test exacto de Fisher
	Cualitativa ordinal	Cardiológicas	Cualitativa nominal dicotómica	Chi cuadrado
		Tiroideas		
		Reumatológicas		
		Respiratorios		
		Hipertensión arterial		
		Diabetes mellitus		
		Visuales		
		Auditivos		
		Osteoarticulares		
		Urogenitales		
		Gastroenterológicas		
		Hematológicos		
		Oncológicos		
		Neurológicos		
		Otras		
	Cualitativa ordinal	Habilidad sensorial	Cualitativa ordinal	Kruskal Wallis
		Autonomía		
		Actividades pasadas, presentes y futuras		
		Participación social		
		Muerte y el morir		
		Intimidad		
Satisfacción con la calidad de vida	Cualitativa ordinal	Calidad de vida WHOQoL-OLD	Cualitativa ordinal	Kruskal Wallis
Satisfacción con la Salud	Cualitativa ordinal	Calidad de vida WHOQoL-OLD	Cualitativa ordinal	Kruskal Wallis

Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

6. ASPECTOS BIOÉTICOS

Considerando las normativas y declaraciones bioéticas que rigen a la comunidad científica aplicada a los seres humanos, se solicitó la firma del consentimiento informado, se explicó de manera puntual su contenido, se asignó un código numérico a cada paciente para asegurar la confidencialidad y anonimato de las identidades, se garantizó el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, si fuera la voluntad de los participantes. Los cuestionarios se ejecutaron directamente por los investigadores en áreas tranquilas y cómodas para el paciente. Se explicó detalladamente cada pregunta, asegurándose que el paciente haya comprendido el objetivo de la misma. Se evitó el uso de lenguaje técnico o de difícil comprensión para el paciente. La duración aproximada fue de 20 minutos en cada paciente.

No existieron riesgos identificados para el paciente o los investigadores en la ejecución del presente estudio. Se respetó y no se insistió en la respuesta cuando el paciente en algún momento del estudio se sintió incómodo con las preguntas realizadas. Ningún paciente se retiró del estudio. Las respuestas de cada paciente fueron manejadas con total confidencialidad y fueron utilizadas únicamente para el análisis estadístico del presente estudio.

Se contó con la autorización del comité de bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y del comité de bioética del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito.

La información obtenida a través de esta investigación llegará a manos de las diferentes autoridades concernientes, en espera de que el resultado se traduzca en medidas de salud pública en beneficio de la comunidad, y de los sectores más vulnerables. La investigación no presentó conflicto de intereses.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Se estudiaron 249 pacientes del Hospital de atención integral del adulto mayor. Los pacientes encuestados respondieron dos cuestionarios: el cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario de calidad de vida en adultos mayores de la Organización Mundial de la Salud en su versión en español y adaptado al castellano hablado en Ecuador.

1. ANÁLISIS UNIVARIAL.

1.1 Variables sociodemográficas

Sexo

Del total de pacientes estudiados, 162 pacientes (65%) fueron mujeres y 87 pacientes (35%) fueron hombres.

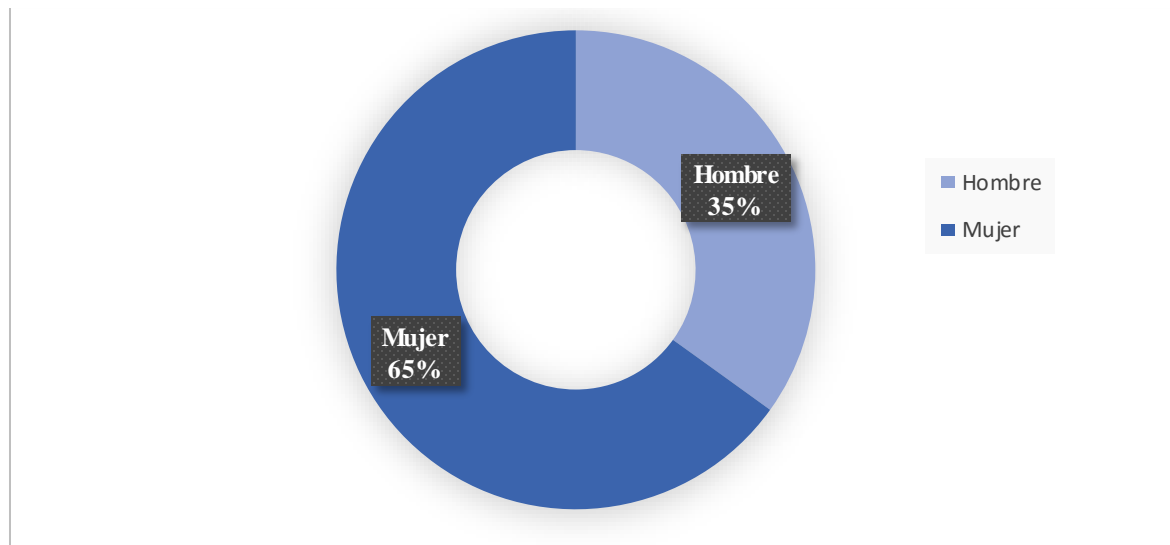


Gráfico 2. Frecuencia relativa de distribución por sexo de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Edad

La media de edad de los pacientes estudiados fue de $76,08 \pm 7,1$ años, con un rango comprendido entre 65 y 99 años. Un 41,8 % de pacientes fueron del grupo de tercera edad o “senectud gradual”, un 53,4% de cuarta edad o “vejez declarada” y un 4,8% perteneciente al grupo de “longevos”.

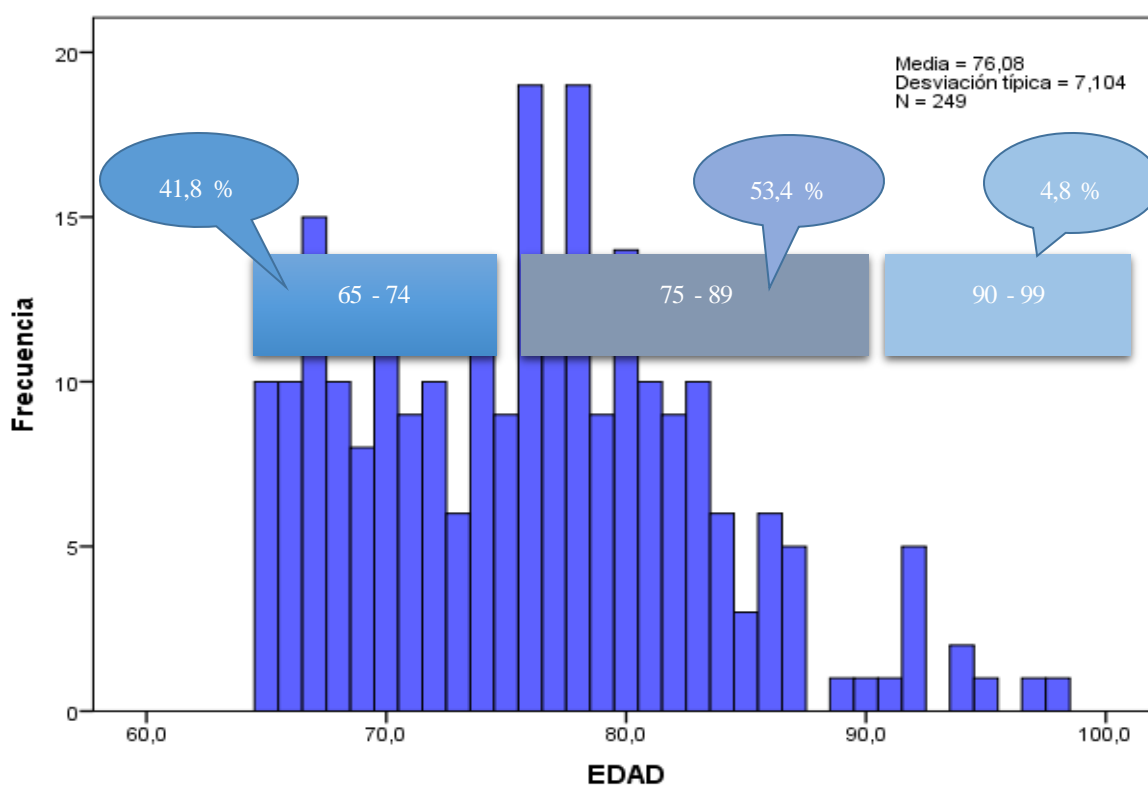


Gráfico 3. Histograma de distribución por edad de 249 pacientes entrevistados del servicio de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

Estado civil

Del total de pacientes estudiados el estado civil de: 115 pacientes (46%) fue casados, 63 pacientes (25%) fue viudos, 23 pacientes (9%) eran divorciados, 21 pacientes (8%) eran solteros, 16 pacientes (7%) eran separados y 11 pacientes (4%) estaban en unión libre.

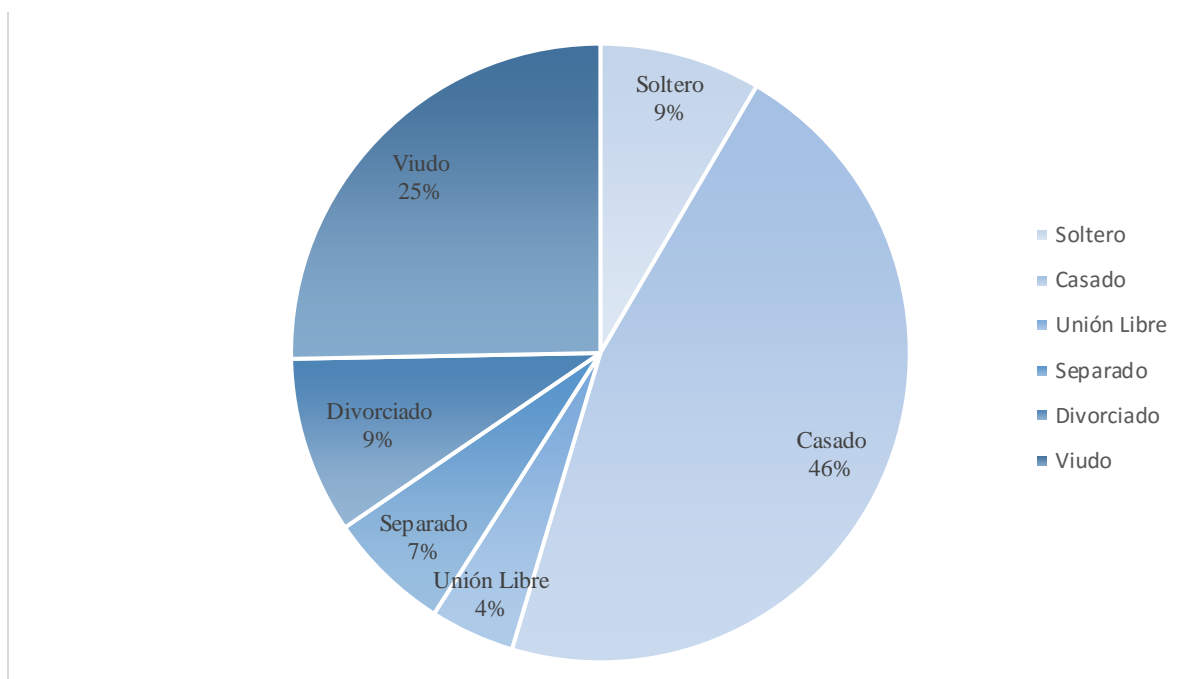


Gráfico 4. Frecuencia relativa de distribución según estado civil de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Convivencia

Del total de pacientes estudiados, 67 pacientes (27%) vivían con su pareja, 67 pacientes (27%) con sus hijos, 56 pacientes (22%) con su pareja e hijos, 50 pacientes (20%) vivían solos y 9 (4%) con algún otro familiar como hermanos, sobrinos, etc.

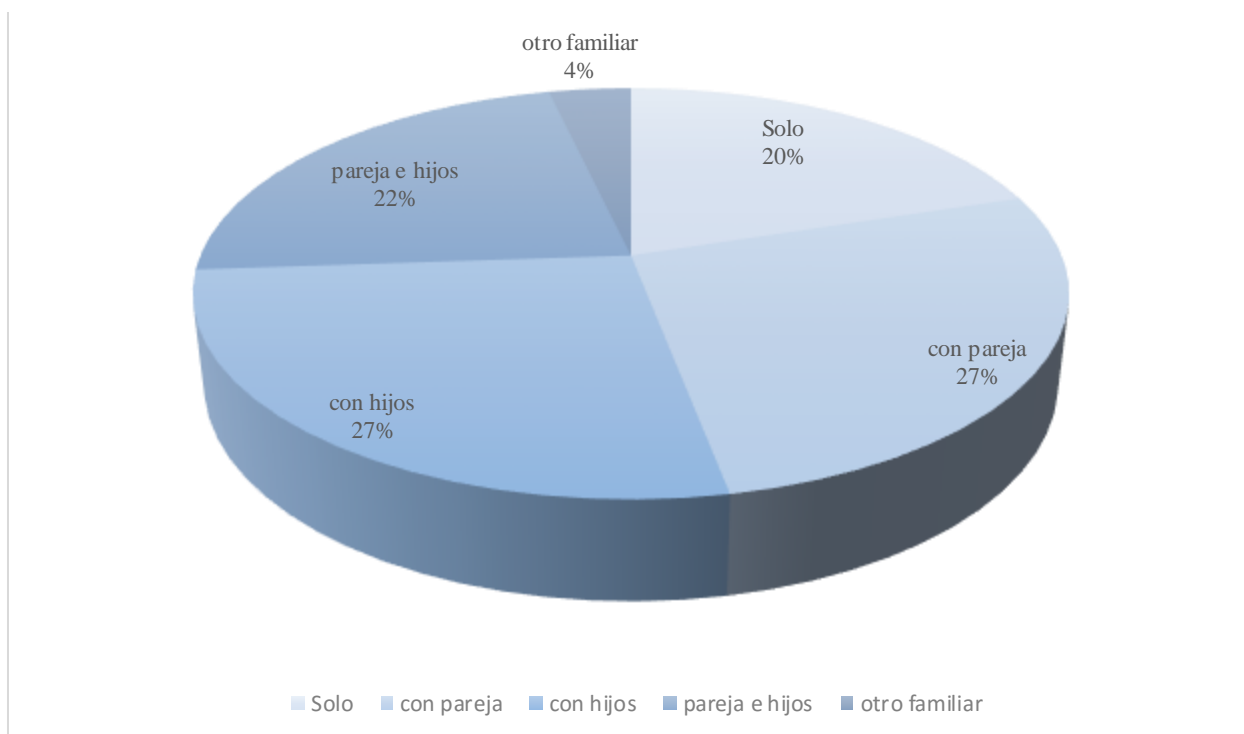


Gráfico 5. Frecuencia relativa de distribución según convivencia de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Nivel de instrucción

Del total de pacientes estudiados, 46 pacientes (18,5%) no tenían ninguna instrucción, 136 pacientes (54,6%) tenían instrucción primaria, 51 pacientes (20,5%) tenían instrucción secundaria y 16 pacientes (6,4%) tenían instrucción superior.

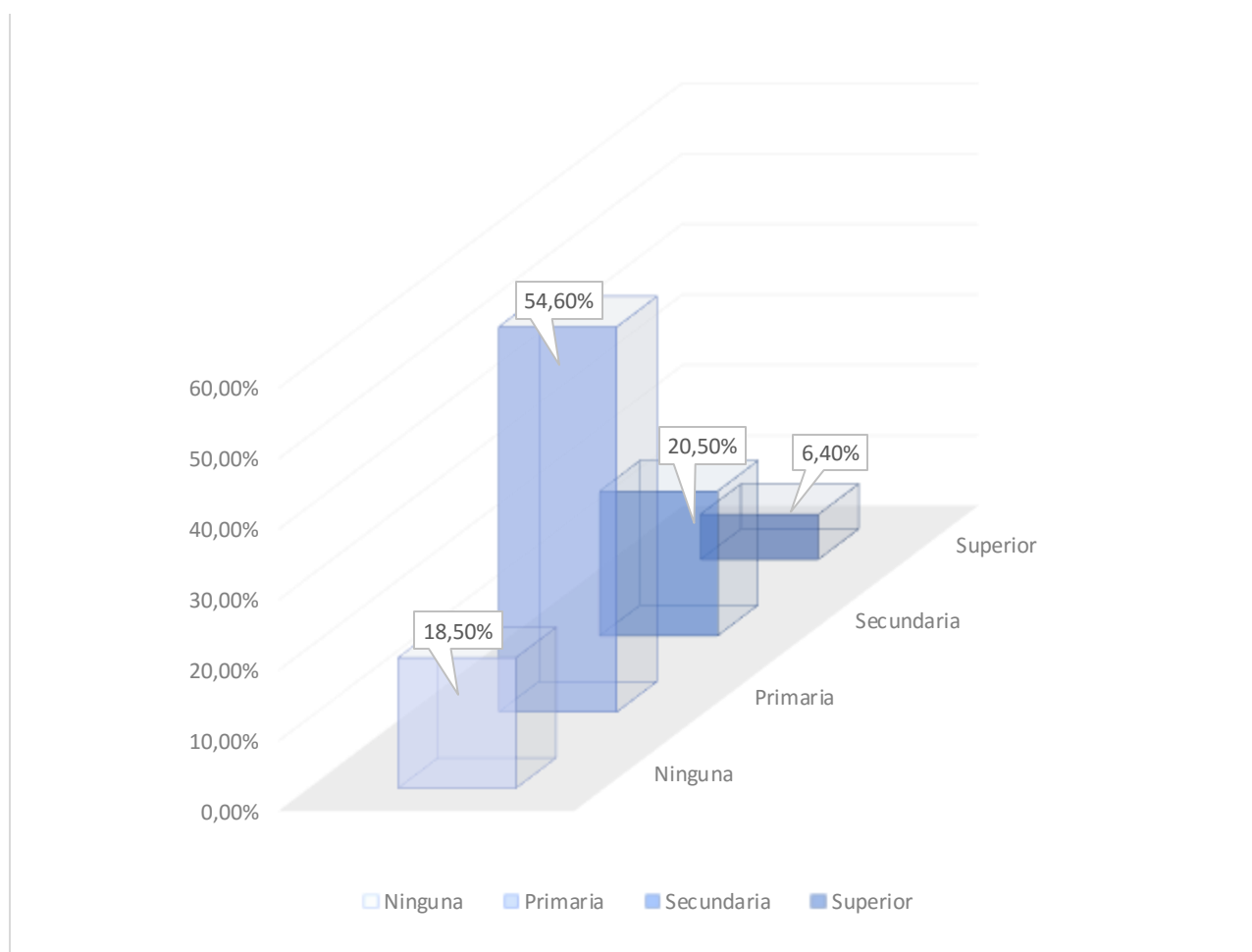


Gráfico 6. Frecuencia relativa de distribución según nivel de instrucción de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Identificación étnica

Del total de pacientes estudiados, 200 pacientes (80%) se consideraron mestizos, 27 pacientes (11%) blancos, 15 pacientes (6%) indígenas, 7 pacientes (3%) se consideraron dentro de otros grupos étnicos como afros ecuatorianos, montubios y mulatos.

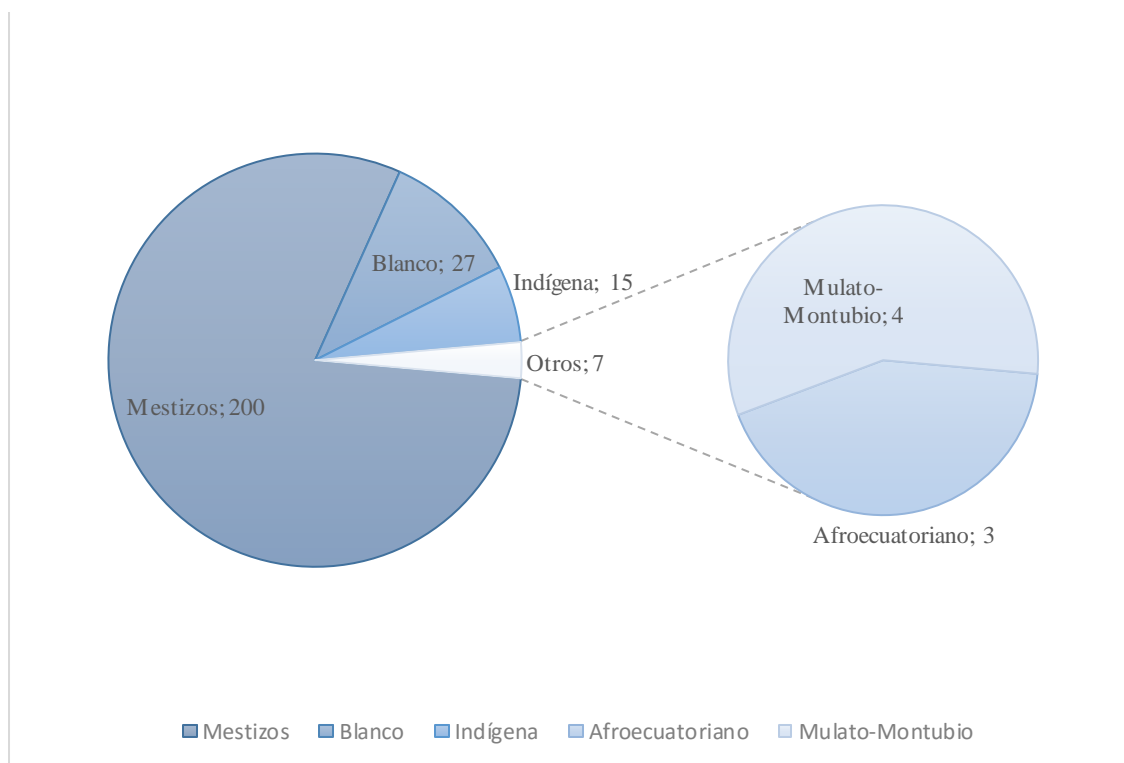


Gráfico 7. Frecuencia relativa de distribución según identificación étnica de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

1.2 Variables de morbilidad

Enfermedades reportadas por pacientes.

Las enfermedades mayormente reportadas por los adultos mayores entrevistados del HAIAM fueron: Hipertensión Arterial (49.8%), alteraciones osteoarticulares (41%), alteraciones visuales (27.7%) y auditivas (26.9%).

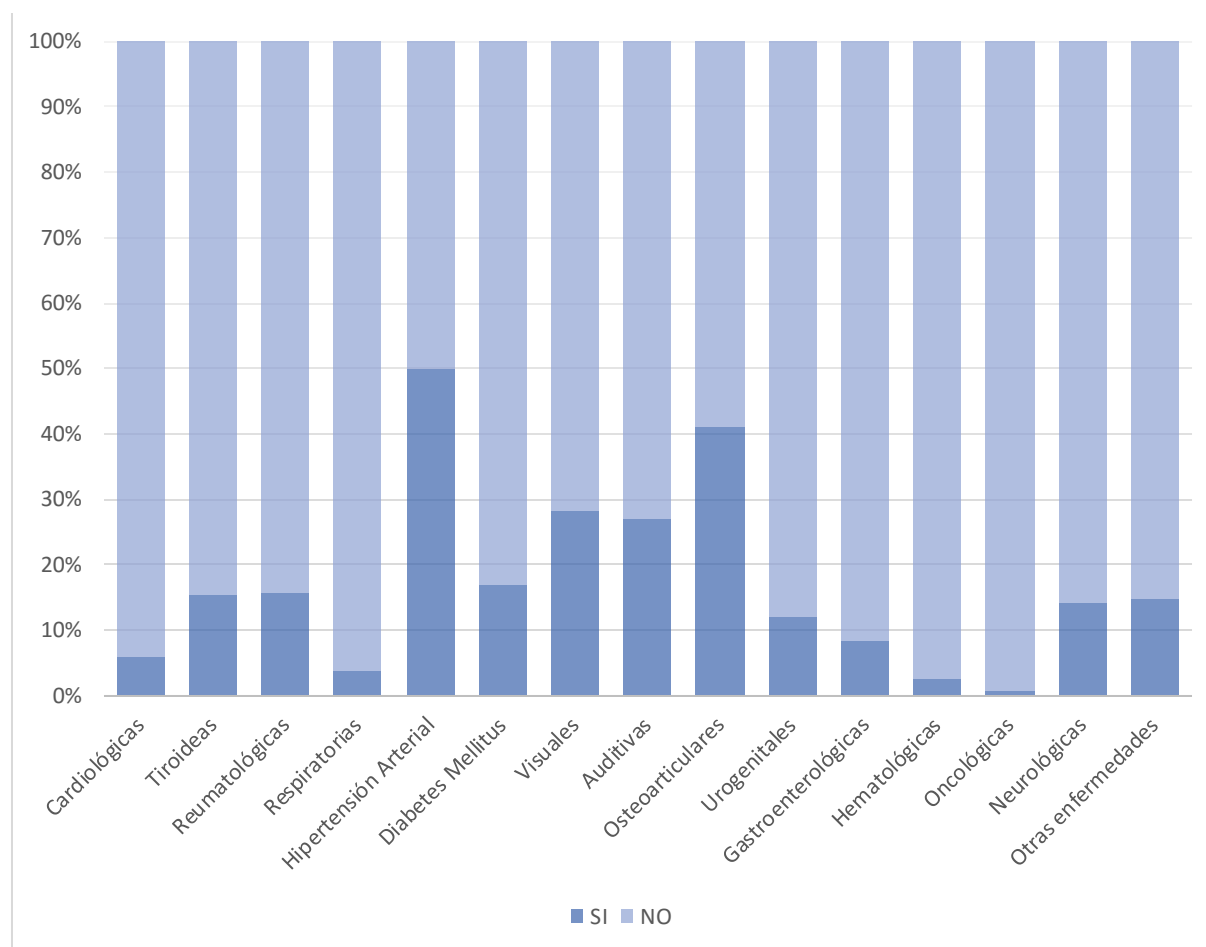


Gráfico 8. Distribución de enfermedades reportadas en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

Tabla 8.*Frecuencias absolutas y relativas de enfermedades reportadas.*

Alteraciones	SI	NO		
	FA	SI FR (%)	FA	NO FR (%)
Cardiológicas	15	6,0	234	94,0
Tiroideas	38	15,3	211	84,7
Reumatológicas	39	15,7	210	84,3
Respiratorias	9	3,6	240	96,4
Hipertensión Arterial	124	49,8	125	50,2
Diabetes Mellitus	42	16,9	207	83,1
Visuales	70	27,7	179	72,3
Auditivas	67	26,9	182	73,1
Osteoarticulares	102	41,0	147	59,0
Urogenitales	30	12,0	219	88,0
Gastroenterológicas	21	8,4	228	91,6
Hematológicas	6	2,4	243	97,6
Oncológicas	2	0,8	247	99,2
Neurológicas	35	14,1	214	65,0
Otras enfermedades	37	14,9	212	63,0

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

1.3 Variables de Calidad de Vida en adultos mayores.

La recolección de datos se realizó en base al cuestionario de calidad de vida en adultos mayores de la OMS. (WHOQoL-OLD)

Puntaje global de Calidad de Vida

La puntuación en el cuestionario WHOQoL-OLD se encuentra entre 24 y 120. Valores menores se relacionan con menor calidad de vida y valores mayores se relacionan con mayor calidad de vida. La puntuación media en la población estudiada fue de $85,5 \pm 12,5$ puntos. La puntuación mínima fue de 53 puntos y la máxima de 115 puntos.

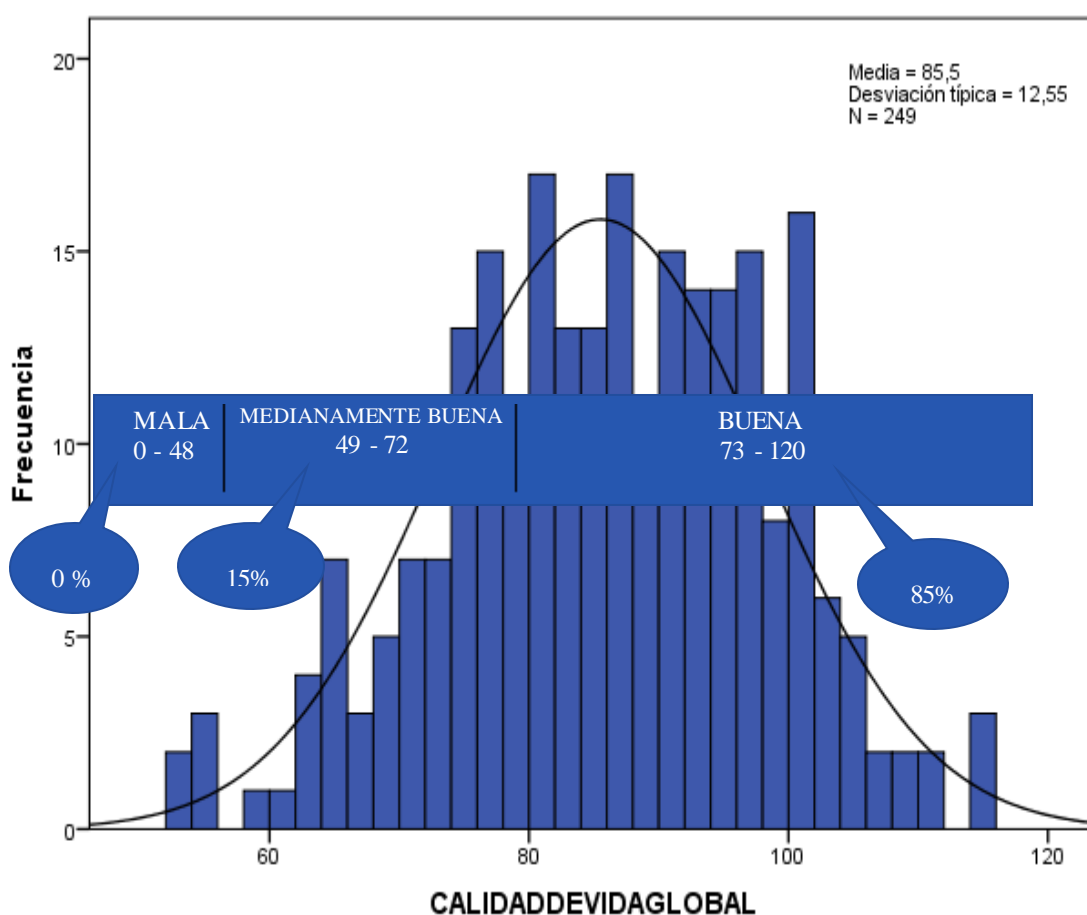


Gráfico 9. Histograma de puntuaciones obtenidas en el cuestionario WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

La puntuación en calidad de vida se organizó en rangos y se definieron tres categorías. (Tabla 9). El 85% de los pacientes entrevistados perciben su calidad de vida como buena y el 15% la perciben como medianamente buena, ningún paciente percibe su calidad de vida como mala.

Tabla 9.

Frecuencias absolutas y relativas de Calidad de Vida según WHOQoL- OLD.

Categoría WHOQoL-OLD	FA	FR (%)
Mala (24-48)	0	0,0
Medianamente buena (49-72)	37	14,9
Buena (73-120)	212	85,1
Total	249	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Dimensiones de Calidad de Vida WHOQoL-OLD

Cada dimensión del cuestionario WHOQoL-OLD puede tener una puntuación entre 4 a 20 puntos. La puntuación media de las dimensiones en la población estudiada fue de 14,24 puntos. La puntuación media más baja fue de 13.11 para la dimensión de intimidad y la puntuación media más alta fue de 14.87 para la dimensión de muerte y morir.

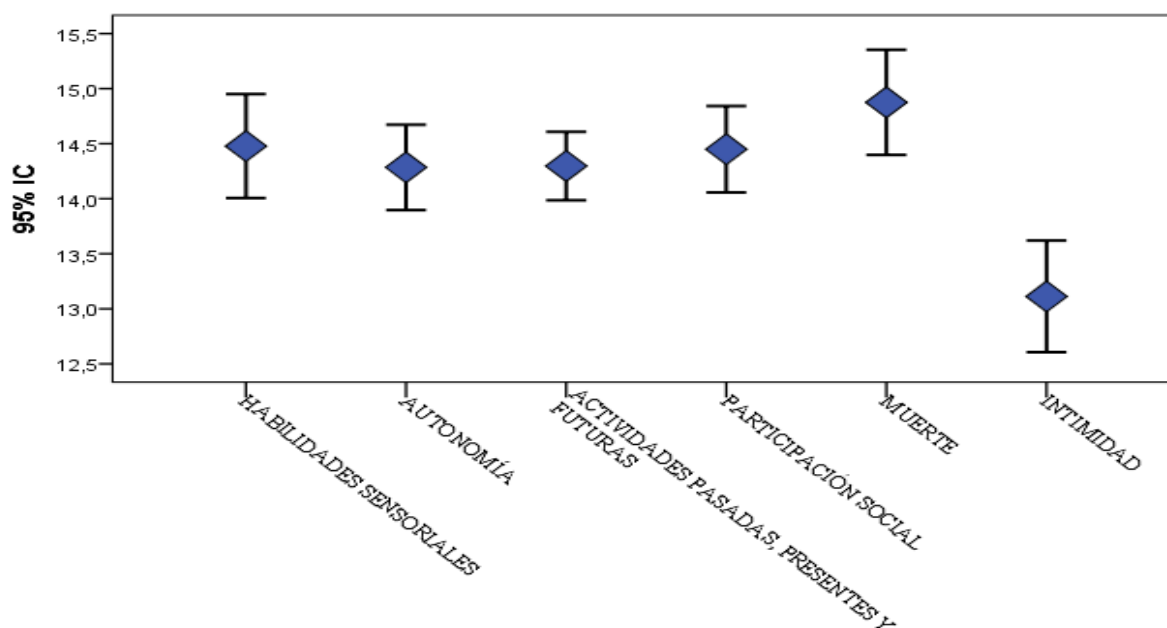


Gráfico 10. Puntuación media obtenida en dimensiones consideradas en WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Distribución de puntajes de las dimensiones respecto a categorías de calidad de vida.

Tabla 10.

Frecuencias absolutas de puntuación en las dimensiones de calidad de vida de WHOQoL-OLD.

Dimensiones WHOQoL-OLD	Bajo	Medio	Alto	TOTAL
MUERTE	17	49	183	249
INTIMIDAD	40	67	142	249
PARTICIPACIÓN SOCIAL	10	47	192	249
ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS	0	50	190	249
HABILIDADES SENSORIALES	23	51	175	249
AUTONOMÍA	15	45	190	249

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Más del 70% de pacientes presentó puntuaciones altas en las todas dimensiones de calidad de vida del cuestionario WHOQoL-OLD, excepto la dimensión de intimidad en donde el 57% presentó puntuación alta, el 27% puntuación media y el 16% mostro una puntuación baja, en el resto de dimensiones menos del 10% de pacientes presentaron puntuaciones bajas. No se registró puntuación baja en la dimensión de actividades pasadas, presentes y futuras. La dimensión de participación social mostró mayor porcentaje (77%) de puntuación alta, respecto a las demás dimensiones.

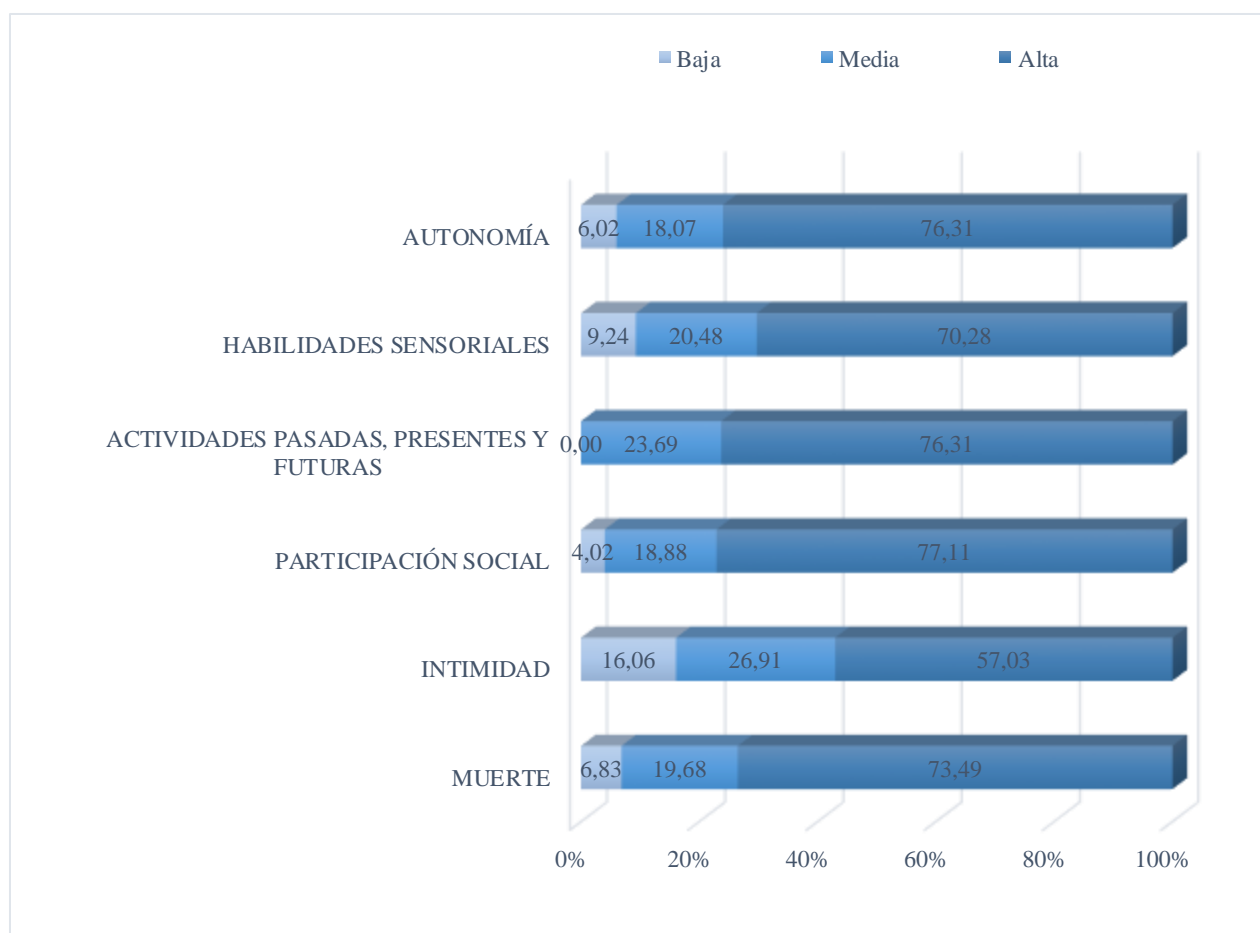


Gráfico 11. Distribución porcentual de puntuación de las dimensiones de calidad de vida de WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

1.4 Variables de Nivel de Satisfacción

Satisfacción con el estado de salud.

Del total de pacientes entrevistados; 58 pacientes (23,3%) se sentía insatisfecho respecto a su estado general de salud, 55 pacientes (22,1%) se sintieron medianamente satisfechos y 136 pacientes (54,6%) se sintieron satisfechos.

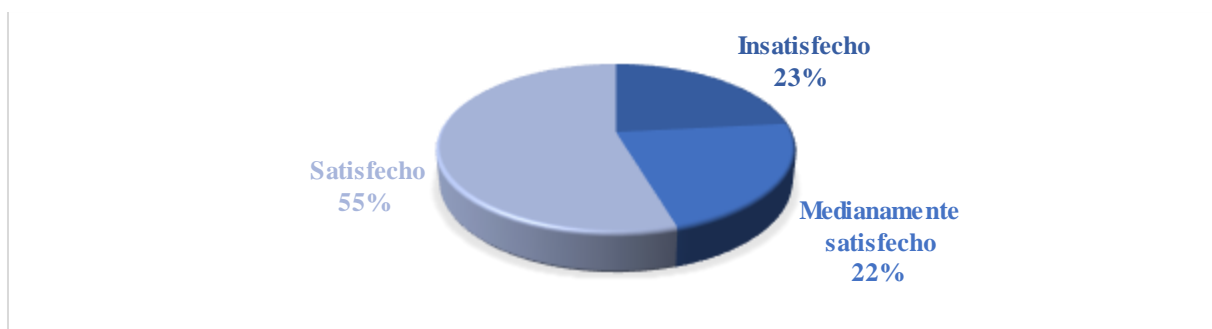


Gráfico 12. Nivel de satisfacción respecto al estado de salud general de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

Satisfacción con la calidad de vida

Del total de pacientes entrevistados; 18 pacientes (7,2%) se sintieron insatisfechos respecto a su calidad de vida, 31 pacientes (12,4%) se sintieron medianamente satisfechos y 200 pacientes (80,3%) se sintieron satisfechos.

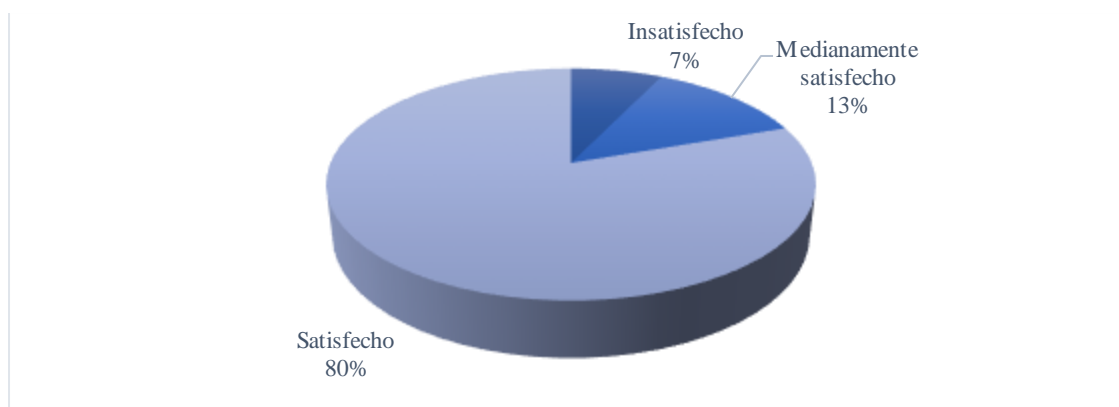


Gráfico 13. Nivel de satisfacción respecto a calidad de vida percibida de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

2. ANÁLISIS BIVARIAL

Es importante mencionar que las medidas de asociación usadas en el análisis bivarial como chi-cuadrado y la prueba de Kruskal-Wallis, determinan asociación o independencia de dos variables cualitativas, sin informar el sentido ni la magnitud de dicha asociación.

PUNTAJE GLOBAL CALIDAD DE VIDA VS EDAD

Se observa que existe una correlación inversa débil ($r = -0,241$) y estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre la edad y el puntaje global de calidad de vida. Es decir a mayor edad menor calidad de vida.

Tabla 11.

Análisis bivarial. Calidad de vida global vs Edad

EDAD	Rho de Spearman	-0,241
	p- valor	0,000

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

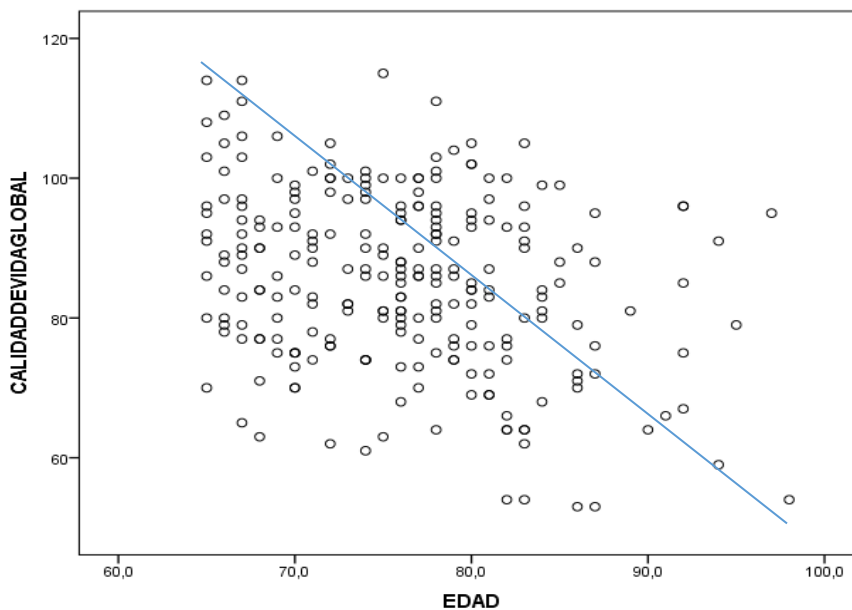


Gráfico 14. Gráfico de dispersión de la correlación entre edad y calidad de vida en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

Nota: Se observa una relación inversamente proporcional.

CALIDAD DE VIDA VS ESTADO CIVIL

Existe una asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre calidad de vida y estado civil.

Tabla 12.

Análisis bivariado. Estado civil vs Calidad de vida

	Valor	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	14,889	0,011

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Según la distribución se observa que más del 90% de pacientes de los grupos de estado civil soltero, casado y en unión libre presentan buena calidad de vida, y más del 15 % de pacientes de los grupos de estado civil separado, divorciado y viudo presenta calidad de vida medianamente buena.

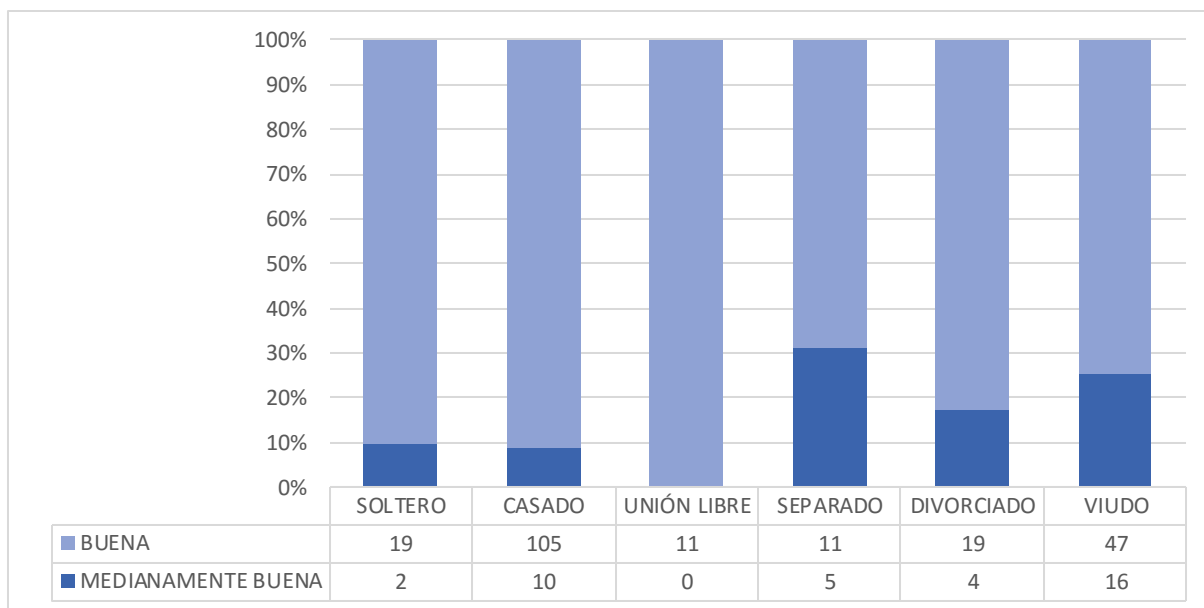


Gráfico 15. Distribución Estado civil y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

CALIDAD DE VIDA VS CONVIVENCIA

Existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre calidad de vida y convivencia.

Tabla 13.

Análisis bivariado. Convivencia vs Calidad de vida

	Valor	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	15,543	0,004

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Según la distribución se observa que más del 90% de pacientes de los grupos de convivencia con pareja y pareja e hijos presentan buena calidad de vida, y más 10% de los pacientes de los grupos de convivencia con hijos, con otro familiar o solo muestran calidad de vida medianamente buena.

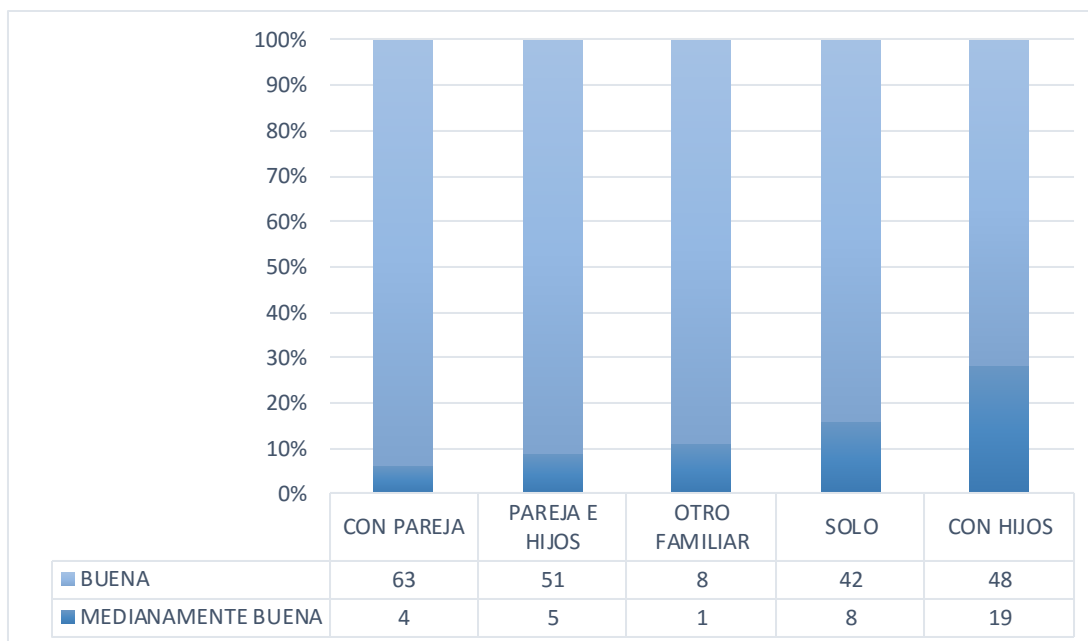


Gráfico 16. Distribución convivencia y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

CALIDAD DE VIDA VS INSTRUCCIÓN

No se observa una relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre el nivel de instrucción y calidad de vida.

Tabla 14.

Análisis bivariado. Instrucción vs Calidad de vida

	Valor	p- valor
Chi-cuadrado de Pearson	6,578 ^a	0,087

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,38.

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

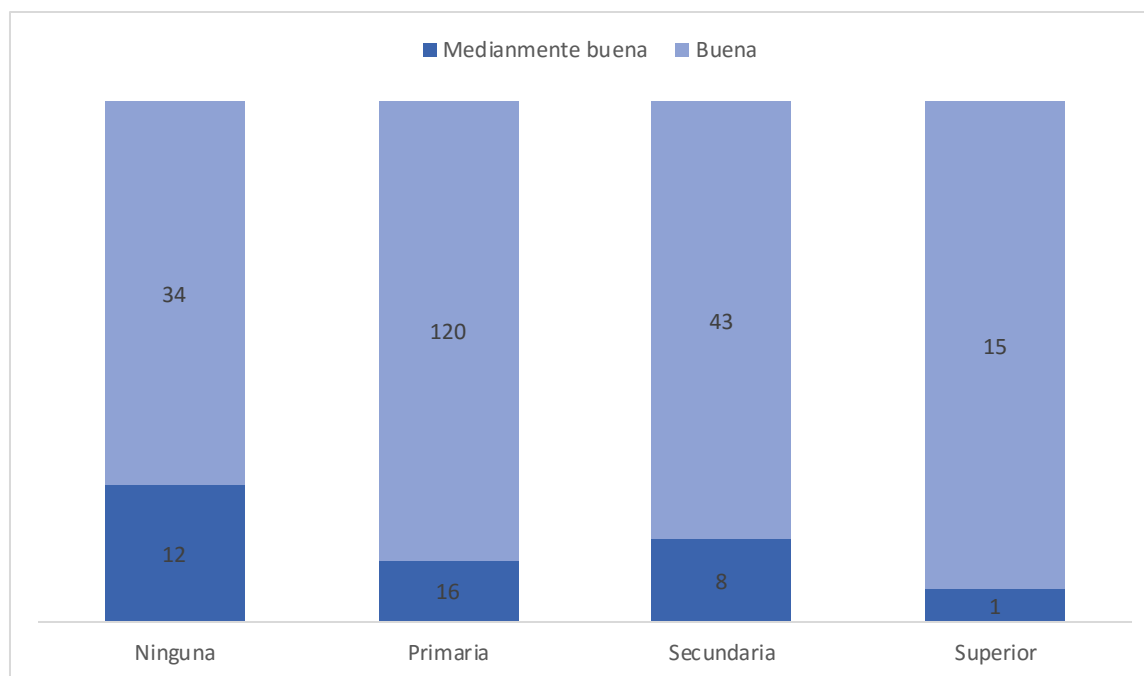


Gráfico 17. Distribución instrucción y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

CALIDAD DE VIDA VS SEXO

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre sexo y la calidad de vida.

Tabla 15.

Análisis bivariar. Sexo vs Calidad de vida

	Valor	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	0,001	0,978
Estadístico exacto de Fisher		1,000

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

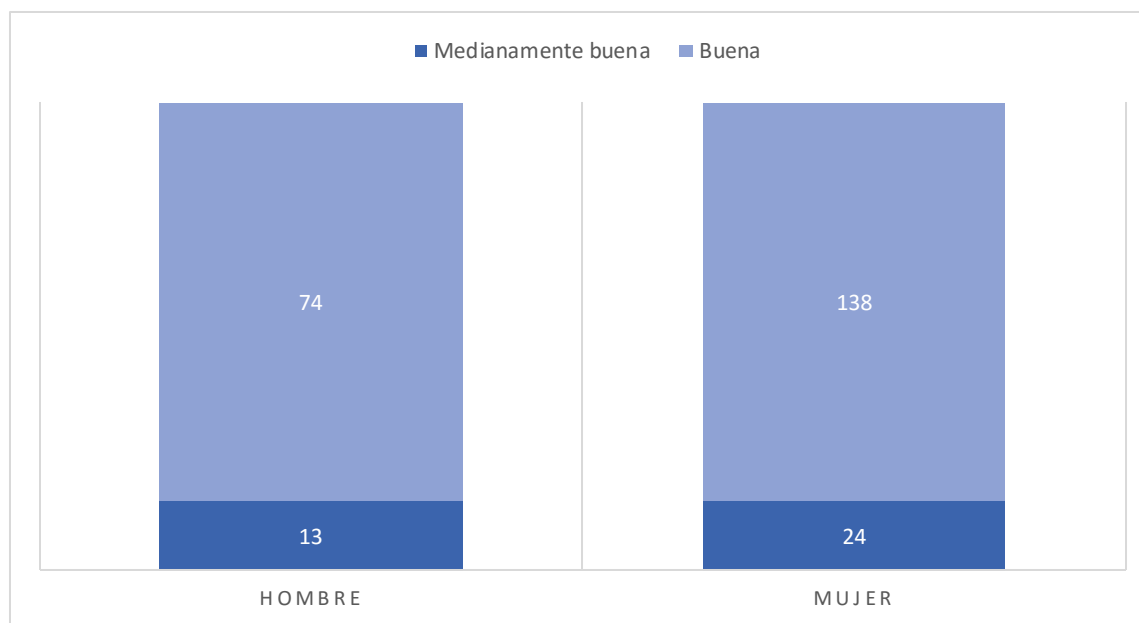


Gráfico 18. Distribución sexo y Calidad de Vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

CALIDAD DE VIDA VS ENFERMEDADES

De los pacientes que reportaron enfermedad en los niveles descritos, se describe puntuaciones de calidad más altas en presencia de alteraciones tiroideas, urológicas, gastroenterológicas, y otras enfermedades, se describe además puntuaciones más bajas en presencia de alteraciones auditivas, reumatológicas, visuales, neumológicas, neurológicas, no se describen diferencias en calidad de vida medianamente buena o buena en alteraciones cardíacas, hematológicas, osteoarticulares, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

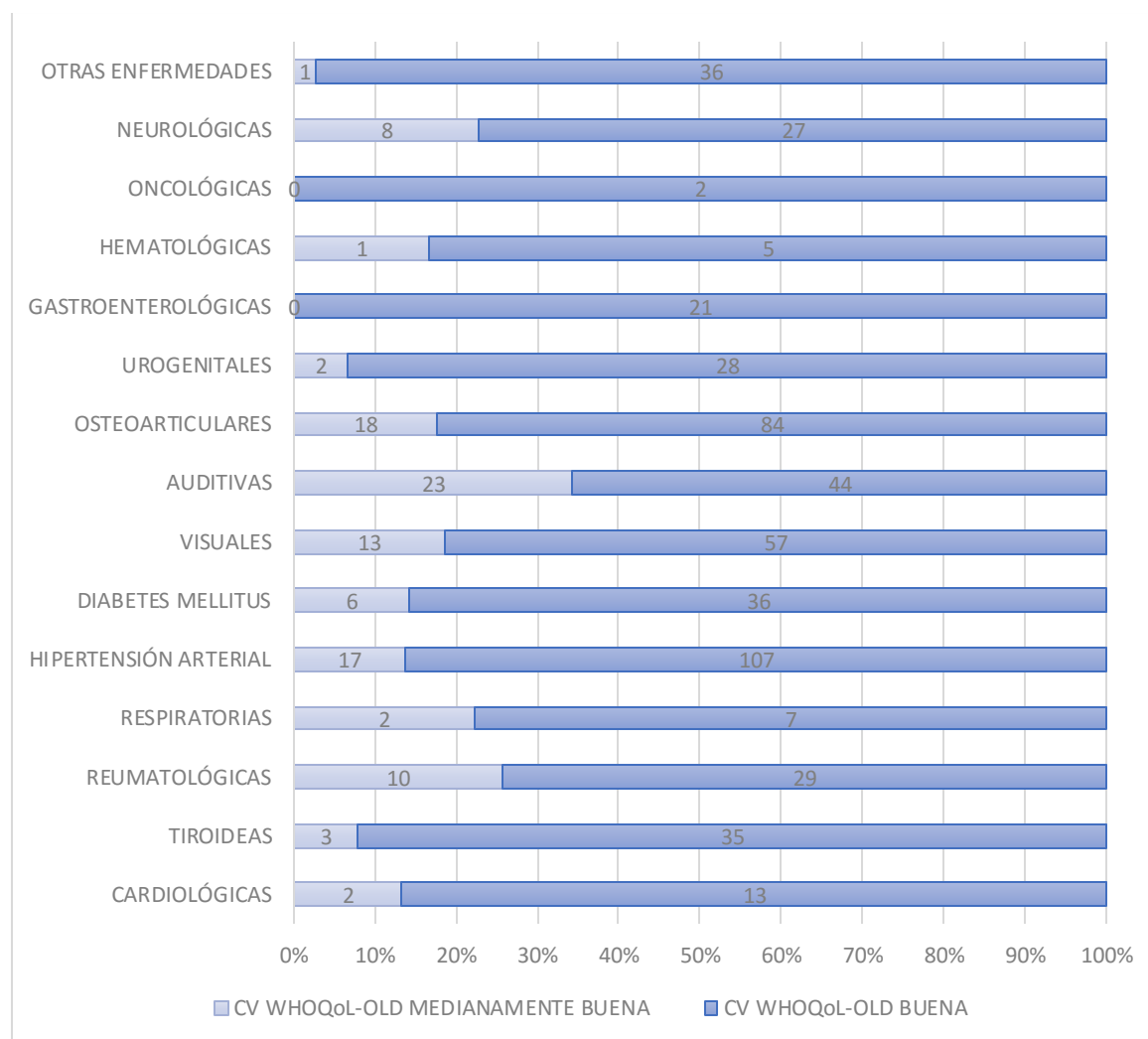


Gráfico 19. Distribución relación calidad de vida y enfermedades reportadas de 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016.

De lo referido anteriormente se encontraron relaciones estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre la menor calidad de vida y alteraciones auditivas y ($p \leq 0,05$) entre mayor calidad y presencia de otras enfermedades. (Tabla 14). Las correlaciones encontradas entre los demás grupos de enfermedades y calidad de vida no fueron estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$).

Tabla 16.

Análisis bivariado. Enfermedad vs Calidad de vida

		Chi-cuadrado de Pearson	Test exacto de Fisher	CONCLUSIÓN
Cardiológicas	Valor	0,029 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones cardiológicas.
	P-valor	0,864	1,000	
Tiroideas	Valor	1,719 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones tiroideas.
	P-valor	0,190	0,225	
Reumatológicas	Valor	4,249 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones reumatológicas.
	P-valor	0,039	0,050	
Respiratorias	Valor	0,400 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones respiratorias.
	P-valor	0,527	0,626	
Hipertensión Arterial	Valor	0,258 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida e hipertensión arterial.
	P-valor	0,611	0,722	
Diabetes Mellitus	Valor	0,013 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y diabetes mellitus.
	P-valor	0,909	1,000	
Visuales	Valor	1,061 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y diabetes mellitus.
	P-valor	0,303	0,324	
Auditivas	Valor	27,463 ^a		Existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre la calidad de vida y las alteraciones auditivas.
	P-valor	0,000	0,000	
Osteoarticulares	Valor	1,061 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones osteoarticulares.
	P-valor	0,303	0,366	
Urogenitales	Valor	1,810 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones urogenitales.
	P-valor	0,179	0,273	
Gastroenterológicas	Valor	4,003 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones gastroenterológicas.
	P-valor	0,045	0,051	
Hematológicas	Valor	0,016 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones hematológicas.
	P-valor	0,900	1,000	
Oncológicas	Valor	0,352 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones oncológicas.
	P-valor	0,553	1,000	
Neurológicas	Valor	2,059 ^a		No existe relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre calidad de vida y alteraciones neurológicas.
	P-valor	0,151	0,196	
Otras enfermedades	Valor	5,076 ^a		Existe relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre calidad de vida y otras enfermedades.
	P-valor	0,024	0,023	

Fuente: Cuestionario aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

CALIDAD DE VIDA VS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA WHOQoL-OLD

Existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$), entre la percepción de calidad de vida según el cuestionario WHOQoL-OLD y las 6 dimensiones del cuestionario WHOQoL-OLD.

Tabla 17.

Análisis bivariar. Calidad de vida vs Dimensiones de calidad de vida. ^{a,b}

	AUTONOMÍA	HABILIDADES SENSORIALES	ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS	PARTICIPACIÓN SOCIAL	INTIMIDAD	MUERTE
Chi-cuadrado	46,925	39,965	30,621	42,272	31,305	27,826
p- valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: CV WHOQoL-OLD

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

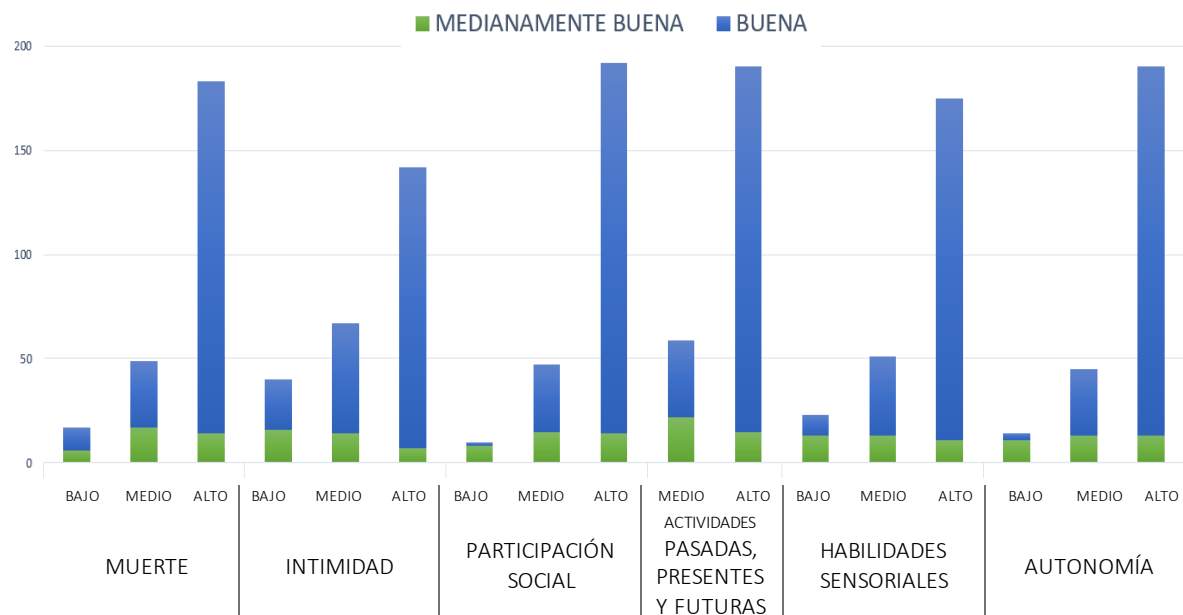


Gráfico 20. Relación dimensiones y calidad de vida en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA VS EDAD

Se observa que existe una correlación inversa muy débil ($r \leq 0,25$) y estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre la edad y las dimensiones de intimidad, participación social, actividades pasadas, presentes y futuras, habilidades sensoriales y autonomía. Es decir a mayor edad menor calidad de vida en las dimensiones mencionadas. La dimensión de muerte muestra una asociación nula y estadísticamente no significativa ($p \geq 0,05$).

Tabla 18.

Análisis bivariado. Dimensiones de calidad de vida. vs edad

		MUERTE	INTIMIDAD	PARTICIPACIÓN SOCIAL	ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS	HABILIDADES SENSORIALES	AUTONOMÍA
EDAD	Rho de Spearman	0,014	-0,174**	-0,150**	-0,102	-0,188**	-0,143*
	p- valor	0,415	0,003	0,009	0,053	0,001	0,012

Nota: ** Correlación significativa a nivel de 0,01

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA VS CALIDAD DE VIDA

Se observa que existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre la calidad de vida y satisfacción con la calidad de vida.

Tabla 19.

Análisis bivariado. Satisfacción con la calidad de vida vs Calidad de vida según WHOQoL-OLD. ^{a,b}

Chi-cuadrado	28,190
P – valor	0,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: SATISFACCIÓN CON CALIDAD DE VIDA

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Distribución nivel de satisfacción con la calidad de vida y calidad de vida.

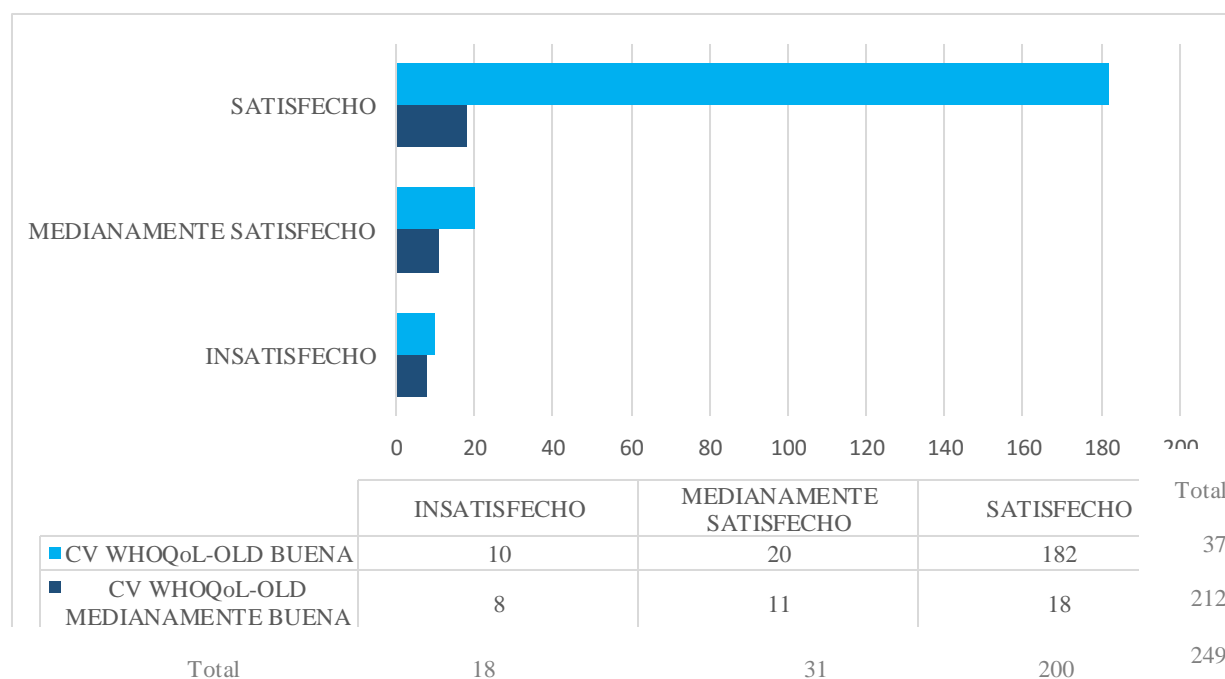


Gráfico 21. Satisfacción con la calidad de vida y Calidad de vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

SATISFACCIÓN CON EL ESTADO DE SALUD VS CALIDAD DE VIDA

Se observa que existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$) entre la calidad de vida y satisfacción con la salud.

Tabla 20.

Análisis bivarial. Satisfacción con la salud vs Calidad de vida según WHOQoL-OLD. ^{a,b}

Chi-cuadrado	36,599
p- valor	0,000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: SATISFACCION CON EL ESTADO DE SALUD

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

Distribución nivel de satisfacción con el estado de salud y calidad de vida.

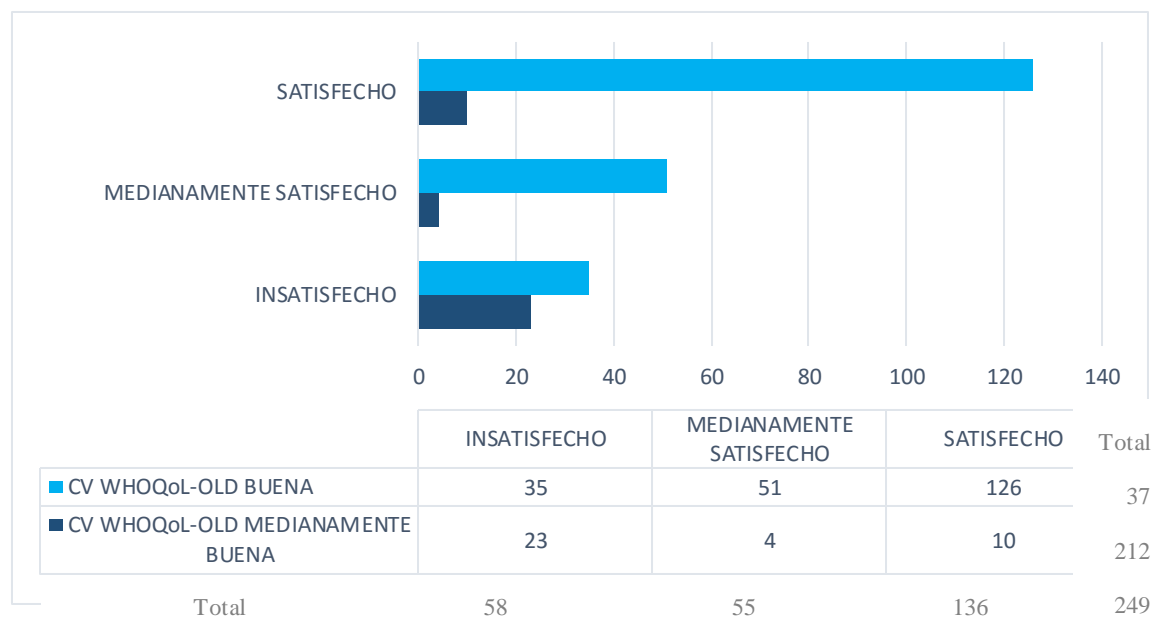


Gráfico 22. Satisfacción con la salud y Calidad de vida según WHOQoL-OLD en 249 pacientes entrevistados de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: Herrera Carolina, Mora Jorge.

3. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Se realizaron adaptaciones en el lenguaje al cuestionario usado en esta investigación, por lo que se buscó conocer las propiedades psicométricas de dicho instrumento en la población específica en la que se desarrolló el estudio.

Establecer la consistencia interna de una escala es una aproximación a la validación del constructo y consiste en la cuantificación de la correlación que existe entre los ítems que la componen. Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna, valores más cercanos a 1 indican mejor fiabilidad.

Tabla 21.

Análisis de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	0,722

Fuente: Cuestionario WHOQoL-OLD aplicado a 249 pacientes de Consulta Externa del HAIAM. Julio 2016. Elaborado por: HerreraCarolina, Mora Jorge.

El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,72 lo que indica que el test utilizado es de adecuada fiabilidad estadística.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La evaluación de calidad de vida en el adulto mayor ha tomado más campo a nivel investigativo en los últimos años, principalmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, esto podría deberse a que el incremento de la esperanza de vida ha conducido a un envejecimiento poblacional, con el crecimiento del número de adultos mayores, se vuelve necesario promover políticas de salud y de bienestar general que garanticen una calidad de vida buena y digna para este grupo poblacional.

El concepto de calidad de vida está determinado por varios factores y abarca múltiples esferas lo que lo vuelve complejo y de gran debate en el mundo, se pueden tomar diversos factores objetivos y relacionarlos con calidad de vida, pero la expresión esencial de este constructo se aprecia en el orden subjetivo, es decir lo percibido por el individuo.

Con estos antecedentes se estudió la calidad de vida relacionada con el envejecimiento de 249 adultos mayores pacientes de consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, utilizando el instrumento WHOQoL-OLD de la OMS, la muestra fue seleccionada aleatoriamente, y presentó las siguientes características sociodemográficas: la media de edad fue de $76,08 \pm 7,1$ años, (mín: 65 años; máx. 99 años). Prevalció el grupo de edad de 75-89 años con un 53,4%, el sexo femenino (65%), casados (46%), que conviven con sus parejas (27%) o hijos (27%), con instrucción primaria (54,6%), mestizos (80%). Las enfermedades mayormente reportadas fueron: Hipertensión Arterial (49.8%), alteraciones osteoarticulares (41%), alteraciones visuales (27.7%) y auditivas (26.9%).

Las características sociodemográficas se relacionan con investigaciones previas realizadas en adultos mayores, donde ha predominado también el sexo femenino (Dos Santos T. D. M., et al., 2013) (Cardona D, Estrada A, Agudelo HB., 2002), en varias investigaciones con enfoque en el adulto mayor se evidencia una prevalencia mayor de género femenino, Pérez., (2006) al hablar de longevidad; menciona la feminización de la vejez.

Como se mencionó el instrumento utilizado en la presente investigación fue el WHOQoL-OLD que consta de 24 preguntas y evalúa 6 dominios, se añadió 2 preguntas; de satisfacción frente a la calidad de vida y satisfacción frente al estado de salud, se buscó conocer las propiedades psicométricas del instrumento luego de la adaptación al castellano hablado en Ecuador y el aumento de los 2 reactivos mencionados, para esto se evaluó la consistencia interna de instrumento con la técnica estadística alfa de Cronbach, cuyo resultado fue un coeficiente α de Cronbach de 0,72; lo que indica que el test utilizado es de adecuada fiabilidad estadística, estudios de validación del instrumento muestran los siguiente hallazgos: en la población española; Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. 2011, obtuvieron un α de Cronbach 0,8019, en la población chilena; Urzúa A, 2012 y Cuadra-Peralta A., Medina C.E.F., Salazar G.K.J. 2016, obtuvieron un α de Cronbach de 0,837 y 0,823 respectivamente, en la población mexicana; Acosta-Quiroz et al 2013, y Hernández-Navor, J.C., et al. 2015, obtuvieron un α de Cronbach de 0,84 y 0,862 respectivamente. Los valores del coeficiente α de Cronbach en los estudios mencionados es aceptable y de adecuada fiabilidad estadística, pero mayores al valor que se obtuvo en el presente estudio, esto puede deberse a que en estos estudios de validación la muestra fue más grande, o al uso de más reactivos en nuestro instrumento, Hernández-Navor, J.C., et al. 2015 menciona que: “el instrumento se comporta de manera más confiable con menos elementos”.

Al analizar el instrumento WHOQoL-OLD se encontró una puntuación media de $85,5 \pm 12,5$ puntos sobre 120 puntos. (Min: 53 puntos; máx.: 115 puntos).

En Medellín, Cardona D, Estrada A, Agudelo H. B., 2002, en su evaluación de calidad de vida (WHOQoL-OLD) en adultos mayores institucionalizados encontraron una puntuación media de $57,1 \pm 12,6$ (min: 21,9; máx.: 87,5), en contraste con los resultados del presente estudio, en donde se excluyeron pacientes institucionalizados; se obtuvieron mayores puntuaciones de calidad de vida.

La puntuación en calidad de vida según el WHOQoL-OLD se organizó en rangos y se definieron tres categorías. El 85% de los pacientes entrevistados percibieron su calidad de vida como buena y el 15% como medianamente buena, ningún paciente percibió su calidad de vida como mala, sin embargo respecto al nivel de satisfacción con su calidad de vida el 80,3% se sintieron satisfechos, el 12,4% medianamente satisfechos y el 7,2% se sintieron; los resultados de este estudio no se relacionan con otros estudios como: en un estudio desarrollado en Chile en adultos mayores pobres de viviendas básicas (Torres H.M., et al., 2008) se encontró que la satisfacción con la calidad de vida mediante el uso de WHOQoL-Bref fue: media 74,8%; alta 20% y baja 5,2%, en otro estudio sobre calidad de vida en adultos mayores en Cuba (Dueñas González, et al., 2009), hubo predominio de calidad de vida baja 43,3 %, seguida por la calidad de vida media con un 36,4%, mientras que solo un 20,2 % de las unidades de análisis del estudio presentó calidad de vida alta, en otro estudio desarrollado en Brasil los adultos mayores evaluaron su calidad de vida como buena en un 57,1% (Tavares. D.M.S., et al., 2013), en Cuenca-Ecuador en un estudio de calidad de vida en adultos mayores de zonas rurales (Sigüenza-Pacheco M., Sigüenza-Pereira C., Sinche N, 2013), un 25 % de la población estudiada presentó una calidad de vida mala. La discrepancia de los resultados, mejor puntuación en calidad de vida en el presente estudio, frente

a otros estudios puede deberse principalmente a las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población.

Respecto a las dimensiones de calidad de vida evaluadas por el WHOQoL-OLD, se obtuvo puntuaciones altas en más del 75% de los pacientes en las todas las dimensiones, excepto en la dimensión de intimidad; donde el 57% de los pacientes presentaron una puntuación alta, y en la dimensión de habilidades sensoriales donde un 70% de pacientes mostraron una puntuación alta. En orden las dimensiones mejor percibidas fueron: participación social, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, conformidad con la muerte seguida de la dimensión de habilidades sensoriales y finalmente la dimensión de intimidad. Los resultados descritos se relacionan parcialmente con la hipótesis propuesta, ya que la dimensión de autonomía no se encuentra dentro de las peores puntuadas.

En concordancia con otros estudios se obtuvieron las puntuaciones más bajas en la dimensión de intimidad o rol emocional. (Ramírez-Vélez R, et al, 2008; Cardona D, Estrada A, Agudelo H. B., 2002), Tavares DMS, et al, 2015, señala que la dimensión de intimidad además de ser la peor puntuada es significativamente menor en el área urbana comparada con la rural.

Al realizar el análisis de la relación de las variables del estudio, respecto a la edad se encontró una relación inversa débil pero significativa ($p \leq 0,01$) con el puntaje global de calidad de vida. Es decir a mayor edad menor calidad de vida. Lo que se relaciona con los resultados de varios estudios: en Chile (Acosta-Quiroz et al, 2013 y Torres et al, 2008), Brasil (De Souza-Santos et. al, 2011); donde se observó una disminución gradual y estadística ($p = 0,0001$), Cuba (Dueñas González et. al, 2009), Inglaterra (Zaninotto et al, 2009), en España Lucas-Carrasco et al 2011 no

reporta diferencias estadísticamente significativas en relación a los grupos de edad de adultos mayores, menores de 80 años y mayores de 80 años.

El hecho de que la relación entre percepción de calidad de vida y edad sea significativa, puede deberse al incremento de comorbilidades, deficiencias o limitaciones físicas y psicológicas que se producen a medida que avanza los años, pero que dicha asociación sea débil, significa que; a pesar de la edad; la calidad de vida puede influenciarse por factores más determinantes, por lo que son válidas las propuestas que promuevan el envejecimiento saludable.

Respecto a la relación entre edad y las dimensiones de calidad de vida, se observó una correlación inversa muy débil y estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre la edad y las dimensiones de intimidad, participación social, actividades pasadas, presentes y futuras, habilidades sensoriales y autonomía. Es decir a mayor edad menor calidad de vida en las dimensiones mencionadas. La dimensión de muerte mostró una asociación nula y estadísticamente no significativa ($p \geq 0,05$).

Los resultados de este estudio no muestran diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre sexo y la calidad de vida, en concordancia con los estudios de Lucas-Carrasco., 2011 y Dueñas González et al. 2009, en otros estudios (Acosta-Quiroz et al. 2013, Cardona D, Estrada A, Agudelo H. B., 2002), se encontró que los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en calidad de vida. Se encontraron puntuaciones similares en las dimensiones de autonomía, participación social, y actividades pasadas presentes y futuras. Los hombres obtuvieron mayor puntuación que mujeres en las dimensiones de intimidad y conformidad con la muerte, resultados

estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$) y contrarios a lo encontrado por Cardona D, Estrada A, Agudelo H. B., 2002; donde los hombres puntuaron de forma más negativa en estas dimensiones. Las mujeres obtuvieron mayor puntuación en la dimensión de habilidades sensoriales, aunque sin significancia estadística.

Al relacionar variables de estado civil y convivencia con calidad de vida se observó una asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$). Se encontró menores puntuaciones de calidad de vida en las personas separadas, viudas y divorciadas, en relación a las casadas, en unión libre y solteras. Quienes convivían con sus parejas o con su pareja e hijos presentaron mayores puntuaciones de calidad de vida en comparación a quienes vivían solos, con hijos y con otro familiar. Zaninotto et al., 2009 encontró un efecto positivo de la vida en pareja sobre calidad de vida en hombres, pero no en mujeres; Dueñas González et al., 2009, encontró mejorías en la calidad de vida de los adultos mayores que viven con su pareja respecto a los sin pareja. Consentimos como en la literatura revisada, que relación de pareja constituye una fuente de apoyo para los adultos mayores.

Respecto al nivel de instrucción educativa y su relación con calidad de vida, se observó que niveles superiores de educación se asociaron con puntajes más altos en calidad de vida, lo que se corresponde con otros estudios (Acosta-Quiroz et al., 2013, Dueñas González et al. 2009, Zaninotto et al. 2009), sin embargo no se demostró una relación estadísticamente significativa ($p \geq 0,05$) en este estudio. En las dimensiones de intimidad y participación social se identificó una tendencia a empeorar la puntuación al disminuir la escolaridad, resultado descrito también por

Pinto J.L.G., 2006, quien menciona además que los adultos mayores con menor escolaridad presentan mayores dificultades de acceso y oportunidades de ocio y diversión.

Se halló puntuaciones de calidad más altas en presencia de alteraciones tiroideas, urológicas, gastroenterológicas, y otras enfermedades, y puntuaciones más bajas en presencia de alteraciones auditivas, reumatológicas, visuales, neumológicas, neurológicas, no se hallaron diferencias en calidad de vida medianamente buena o buena en alteraciones cardíacas, hematológicas, osteoarticulares, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. De los hallazgos descritos se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre una menor calidad de vida y alteraciones auditivas ($p \leq 0,01$). Tavares et al. 2013, presenta un 57,1% de percepción de buena calidad de vida en pacientes con HTA, Alfaro et al. 2006 muestra que el 60% de pacientes con DM II percibió su Calidad de Vida como buena, en divergencia con el presente estudio se encontró que un 86% de pacientes con HTA y el 86% de pacientes con DM II perciben su calidad de vida como buena.

Respecto al estado de salud, el 54,6% de pacientes se mostró satisfecho, el 22,1% medianamente satisfecho y el 23,3% insatisfecho, respecto a la satisfacción con su calidad del vida el 80,3% se mostró satisfechos, el 12,4% medianamente satisfecho y el 7,2% insatisfecho. A mayor satisfacción de la persona con su vida, mayor calidad de vida, ($p \leq 0,01$). Al igual que a mayor satisfacción con el estado de salud, mayor calidad de vida ($p \leq 0,01$), relaciones estadísticamente significativas.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente trabajo se puede concluir que:

- El instrumento utilizado en la presente investigación WHOQoL-OLD adaptado, más 2 reactivos, es válido por su adecuada fiabilidad estadística, para investigar calidad de vida relaciona con la vejez en adultos mayores de nuestra población.
- El 85% de los adultos mayores de la consulta externa del HAIAM en aspectos relacionados al envejecimiento percibe su calidad de vida como buena calidad y el 15% como medianamente buena, ningún paciente percibió su calidad de vida como mala.
- Los adultos mayores que asisten a la consulta externa del HAIAM tienen una mejor percepción de calidad de vida en las dimensiones de participación social, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, conformidad con la muerte y menor percepción de CV en las dimensiones de habilidades sensoriales e intimidad. En contraste con la hipótesis propuesta la dimensión de autonomía no se encuentra dentro de las peores puntuadas.
- Que exista una relación inversa débil y significativa entre edad y CV, indica que la calidad de vida disminuye con la edad, pero que el efecto de la edad sobre CV puede minimizarse si se mejoran las circunstancias sociales, psicológicas y de salud del adulto mayor.

- A diferencia de las demás dimensiones de CV investigada en este estudio, la dimensión de conformidad con la muerte no se relaciona con la edad.
- Los resultados de este estudio no muestran diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre ser hombre o mujer y la calidad de vida.
- Los hombres puntúan mejor que las mujeres en las dimensiones de intimidad y conformidad con la muerte ($p \leq 0,05$).
- Los adultos mayores que viven con sus parejas o con su pareja e hijos tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, con sus hijos o con otro familiar.
- Los adultos mayores separados, viudos y solteros tienen menor percepción de calidad de vida.
- La mayor escolaridad se asocia con puntajes más altos en calidad de vida, sin significancia estadística. Las dimensiones de intimidad y participación social tienden a empeorar al disminuir la escolaridad ($p \leq 0,5$).
- Los adultos mayores que presentan alteraciones auditivas tienen una menor calidad de vida ($p \leq 0,01$).
- Los adultos mayores que se encuentran más satisfechos con su estado de salud, tienen una mejor percepción de su calidad de vida.

LIMITACIONES

En primer lugar, respecto a la muestra se buscó uniformidad; por lo que intencionalmente no se incluyó a la población adulta mayor institucionalizada; existen datos en estudios comparativos de que la población adulta mayor institucionalizada presenta una menor calidad de vida en comparación a la no institucionalizada, tampoco se incluyó a personas con trastornos cognitivos severos; por la imposibilidad de responder la encuesta, personas con demencia; según Lucas-Carrasco et al. 2011, las personas con demencia leve-moderada pueden informar sobre su CV y estados subjetivos; por lo que se hubiera requerido una valoración y estatificación de su demencia para considerarlos dentro de la muestra o no, como se menciona en la metodología los instrumentos fueron aplicados por los investigadores a los adultos mayores por lo que la discapacidad auditiva severa-completa fue un limitante.

Respecto a la búsqueda de evidencia científica, en Ecuador no existen estudios sobre calidad de vida en aspectos propios del envejecimiento, lo que provoca que las comparaciones se realicen con estudios en poblaciones latinoamericanas y europeas, con las que no se tiene las mismas condiciones sociodemográficas, sistemas o intervención en salud.

RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación planteamos las siguientes recomendaciones:

Recomendamos que la valoración subjetiva de calidad de vida se incluya dentro del protocolo de estudio integral del adulto mayor; con una herramienta normalizada por los organismos de salud pública para uso en la práctica clínica diaria, es decir que forme parte de la valoración geriátrica integral, para que además de las variables sociodemográficas, se pueda relacionar de mejor manera la calidad de vida con funcionalidad, trastornos del estado de ánimo, dependencia, morbilidad y otros indicadores objetivos en salud en el adulto mayor.

Recomendamos la confirmación de diagnósticos y comorbilidades en base a historias clínicas de cada paciente para obtener una información más fiable en estas variables sociodemográficas.

En futuros estudios recomendamos la correlación con otras variables sociodemográficas como situación económica, relaciones familiares, localidad urbana/rural, entre otras.

Recomendamos también, la investigación subjetiva de calidad de vida en el adulto mayor de manera periódica, para dar seguimiento a intervenciones en salud.

Recomendamos la investigación y validación del instrumento WHQoL-OLD en diferentes regiones y poblaciones del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Quiroz, C. O. Vales-García, J. J. , Echeverría- Castro, S. B. , Serrano-Encinas, D. M., & García-Flores, R. (2013). *Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos*. *Psicología Y Salud*, 23(2), 241–250. Retrieved from [http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian Oswaldo Acosta Quiroz.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf)
- Agar Corbinos L. (2001) *Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas*. *Acta bioethica*.
- AgeWatch. (2015). *Índice Global de Envejecimiento*. Retrieved from <http://www.helpage.org/silo/files/gawi-2015-resumen-ejecutivo-.pdf>
- Alberto González, Pedraza-Avilés, Isabel Vázquez-Navarrete. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar*. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*. (5), 475 - 484
- Alejandro Estrada, Doris Cardona. (2011). *Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín*. *Rev. Biomédica*. 31: 492 – 502.
- Alfaro A.N., Carothers E.M.D.R., González T.Y.S., (2006). *Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2*. *Revista Investigación en Salud* .Vol. VIII N°3. México.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. *Gerokomos*, 25(6), 57–62. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

- Álvarez P, Pazmiño L, Villalobos A, y Villacís J. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. MSP. Quito - Ecuador.
- Arroyo del Río, Carlos (1981), *Estudios Jurídicos*, Fondo de Cultura Ecuatoriana, Cuenca-Ecuador
- Birren J, Schroots J. (1996), *History, concepts, and theory in the psychology of ageing*. 4.^a ed. San Diego: Academic Press.
- Blanco A, Antequera R,(1998): Actitudes del anciano ante la muerte. *Comunicación presentada a la IV Reunión de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. La Toja*.
- Bourdieu, P. (2000). La distinción criterios y bases sociales del gusto. *Revista de Psicología Aplicada a la Gerontología*.
- Brotman, L. (1981). *Family Relationships in Later Life*. New York.
- Botero Beatriz, P. M. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12., 6-7.
- Buccella S., (2011). *Valoración Geriátrica Integral: Aspectos Psicosociales, Calidad De Vida Y Satisfacción Auto percibida En El Adulto Mayor*. Valencia. 2010 - 2011. Tesis. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid-España.
- Cabrera D, Menéndez A, Sánchez A, Acebal V, García J, et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social de las personas mayores. *Mitos y realidades de las personas mayores*. Quinta jornada.
- Calatayud JM. (2004). *Diferencias entre consecuencias del envejecimiento fisiológico y patológico*. En: *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*.

- Salvador–Carulla L, Cano A, Cabo – Soler JR, editores. 1ª Edición, España: Editorial Médica Panamericana S.A.,116 – 119.
- Caserta, M.S. y Lund, D.A. (1992): *Bereveament stress and coping among older adults: expectations versus the actual experience*. Omega, 25 (1), 33-45.
- Castellón, Alberto; Del Pino, Sánchez y Aleixandre, Manuel (2001): Calidad de vida y Salud. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11 (1), pp 12-19.
- Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. (2002). *Envejecer nos “toca” a todos*. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Cardona D, Agudelo H. (2006) *La Flor de la vida. Pensemos en el adulto*. Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública. Medellín.
- Céspedes A. (1987). Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años. *Programa de Investigación sobre el Envejecimiento*. San José de Costa Rica: s.e.
- Chachamovich E, Fleck M, Trentini C, (2008). Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev Saúde Pública*. 42(2):308-16.
- Cohen G. (2001). *Si eres igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?*, Barcelona.
- Colell, R., Fontanals, A., Rius, P.(1993). "Atención al enfermo terminal: trabajo en equipo", *Rev. ROL*, 177: 56-58.

- Cortés AM, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. (2011). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor*. Revista Médica de Chile, 139 (6): 725-31
- Cuadra-Peralta A., Medina C.E.F., Salazar G.K.J. (2016). *Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica*. Límite. Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. Volumen 11, N° 35, 2016, pp. 57-68
- De Souza Santos, C. A., Martin Dantas, E. E., & Rodrigues Moreira, M. H. (2011). *Correlation of physical aptitude; functional capacity, corporal balance and quality of life (QoL) among elderly women submitted to a post-menopausal physical activities program*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 53(3), 344–349. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.019>
- Díaz Portillo, J., (2011), “*Guía Práctica del Curso de Bioestadística Aplicada a las Ciencias de la Salud*”. Colección Editorial de Publicaciones del INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de España. Madrid.
- Doris S., (2013). *Adultos mayores*, 2da Edición, 96. Retrieved from http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- Dueñas-González D., Bayarre Veá H. D., Triana-Álvarez E., Rodríguez-Pérez V., (2009). *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas*. Revista Cubana de Medicina General Integral; 25(2)

- Dulcey-Ruiz E. (2006) *Psicología del envejecimiento*. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, pp. 64-8.
- Erikson E. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós; Barcelona pp. 66-71.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o Vejez competente: un reto para todos*. Training. Madrid-España.
- Fernández X, y Robles A. (2013). *Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica 200*. Viii, 237p. Centro Centroamericano de Población – Universidad de Costa Rica.
- Fong, J. A., & Bueno Hechavarría, J. (2002). *Geriatria: ¿es desarrollo o una necesidad?*. Medisan, 6(1), 69–75. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.pdf
- Freire W., (2010). “*Presentación de resultados. Ecuador 2009-2010. Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento*” INEC. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Gómez J, Curcio C. (2002). *Valoración integral del anciano sano*. Artes Gráficas Tizan; Manizales. pp. 500, pp. 104- 393.
- Gracia D. (1998). Ética de la calidad de vida. En: Ética y vida1: Fundamentación y enseñanza de la bioética.

Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1995) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine*, 41: 1403- 1409.

Gracia D. (1998). Introducción a la bioética. *Ética y vida*. 1: 155-173.

Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1995) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine*, 41: 1403- 1409.

Gutiérrez Luis, García María, Jiménez Javier. (2014). Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. Academia Nacional de Medicina de México. Pg:29-54

Gutiérrez,L. (1999). Proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*. 19, pp.125-147.

Gutiérrez-Robledo LM, Kershenovich SD (2012). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández Mejía R. (2001).Calidad de Vida y Enfermedades Neurológicas. *Neurología*. 16; 30-7.

Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 397-405. doi: 10.5872/psiencia/7.3.21

- Higginson I y Carr A.J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*. 322: 1297-300.
- Jackson ML, et al. (2009). *Visual loss in elderly and Charles Bonnet syndrome*. Canadian Medical Association.
- Kalish, R.A. (1976): Death and dying in a social context. *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van Nostrand.
- Kalish Richard A. (1996). La Vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano. Ediciones Pirámide. Cap 5; 150-160.
- Kastenbaum, R. Y Aisenberg, r. (1976): The psychology of death. Nueva York: Springer.
- Kastenbaum, R. y Costa, P.T. (1977): Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249.
- Limonero, J. T. (1997) *Ansiedad ante la muerte*. *Ansiedad y estrés*. 3(1): 37-46.
- López Aranguren, J.L (2001). La vejez como autorrealización personal y social. Madrid: Inersio.
- López-Mompó C, López-Pavón I. (2011). Deficiencia visual y alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo. *Semergen – Med Fam*. 37(05):263
- López Sánchez Félix (2005). Sexualidad en la Vejez. Psicología Pirámide.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.

Lucas-Carrasco, R., Però, M., March, J. (2011). *Calidad de vida global en personas con demencia*.
Rev Neurol, 52(3), 139–146.

Manrique-Espinoza, B. (2011). *Sexualidad de Adultos mayores Mexicanos no institucionalizados*.
Salud Pública de México, volumen 53.

Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz
AL, Gutiérrez-Robledo LM, et al.(2014). Discapacidad y dependencia en adultos mayores
mexicanos: un curso de vida sano para una vejez plena. Instituto nacional de Geriátría de
México. [http:// www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/DiscapacidAdultMayor.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/DiscapacidAdultMayor.pdf)

Marqués,J.V (1999). ¿Qué clase de sexualidad?, ¿cuál tercera edad? En Afectividad y sexualidad
en la ancianidad. Fundación Caixa de Pensions.

Martin, C.M. (1998). Factors affecting sexual functioning in 60-79 year old married males.
Archives of Sexual Behavior, 10, 339-420.

Martínez González Lidia, et al. (2008) “Percepción del adulto mayor acerca del proceso de
muerte” Revista de Enfermería del Instituto de México del Seguro Social 16 (1): pág. 31,
[http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/28A7AECD-F05B-41E9-86EB-
97BCF940F07E/0/RevEnf1062008.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/28A7AECD-F05B-41E9-86EB-97BCF940F07E/0/RevEnf1062008.pdf)

Martínez Martín P. (1999). Calidad de vida y enfermedad de Parkinson. Neurología. 14; 164-71.

Masters, W.H y Johnson, V.E (1998). Heterosexual Behavior. New York: Harper Collins
Publishers.

Mceberg GA. (1993) Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing; 18: 32-8.

- Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A.(2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*. Revista Psykhe, 13 (1): 79-89.
- Montenegro L, Salazar C, De La Puente C, Gómez A y Ramírez E. (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Med Per*. 26 (3): 169-174
- Montero, M.(1991). Ideología, Identidad Social, Ideología y Transformación en América Latina, Conferencia UMCE.
- Moreno A. (2013) Opiniones acerca de la vejez. *Tendencias y opiniones. Rev Este País*.pg:271.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. MHSalus, 1*, 1–12.
- Morgas, R. (1991). Gerontología Social. Ed. Herder. Pag. 27
- Moscovicci, S. (2001). Introducción a la Psicología Social, Paidós. Pg.145
- Mulligan, T. y Katz,P.G (2002). Erectil failure in aged: evaluation and treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 54-62.
- Nanda U, Andresen E. (1998). Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Evaluation & the Health Professions*; 21: 179-215.
- O'Boyle C. (1994). The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health*; 23 (3): 3-23.

OPS-OMS (1990). La salud como derecho humano en el derecho internacional. Bol of Sanit Panam 108 (5-6)

Organización Mundial de la Salud. (1989). Documentos básicos. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

[Internet] [Acceso 30 de junio de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*.

[Internet] [Acceso 20 de junio de 2016]. Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicaciones/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf

Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. (2006). Manual WHOQOL-OLD, (Copenhague). (May), 61.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Aspectos clínicos en la atención de adultos mayores*. Manual de Atención Gerontológica para personal de atención primaria de Salud. OPS, pp 53-62,86-96.

Ortiz J, Castro M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería*. Revista Ciencia y Enfermería, 15 (1): 25-31.

Osorio P, Torrejón M, Vogel N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. *Revista de Psicología*.; XVII: 101-8.

Padilla D. (2012). El adulto mayor y la jefatura del hogar. *Revista E-análisis*. 1:4-7

Palomba Rosella (2002). El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores.

Ponencia presentada en el Taller sobre Calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores. CELADE- División de Población de la CEPAL, 24 de julio de 2002.

Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQoL-OLD group. (2005) Development of the WHOQOL-Old module. *Qual Life Res*, 14: 2197-214.

Pinto J.L.G., Garcia A.C.O., Bocchi S.C.M., Carvalhaes M.A.B.L (2006). *Características de apoyo social ofrecido a adultos mayores del área rural asistida por el PSF*. *Ciênc Saúde Coletiva*.;11(3):753-64. Brasil

Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQoL-OLD group. (2005) *Development of the WHOQOL-Old module*. *Qual Life Res*, 14: 2197-214.

Pulska- T. (1998): “*Major Depression as a Predictor of Premature Deaths in Elderly People in Finland: a Community Study*”. *Acta Psychiatrica V Scandinavica*, vol. 97, Finlandia. pp. 408-411.

Ramírez-Vélez R, Agredo R.A., Jerez A.M., Chapal L.Y. (2008) *Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia*. *Revista de salud pública* · Volumen 10.

Ribera Casado JM. (2004). *Envejecimiento y longevidad: Una perspectiva médica*. En: *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Salvador– Carulla L, Cano A, Cabo – Soler JR, editores. 1ª Edición, España: Editorial Médica Panamericana S.A., 29 – 34.

- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores. *Salud Mental* (28)6.
- Rowe JW, Kahn RL. (1987). *Human aging: usual and successful*. Science, 237(4811), 143 – 149.
- Rubio Guerra, A. F., & Castro Martínez, M. G. (2012). *Controversias en Geriátría. Controversias geriátricas*. México, D.F: Alfil.
- Rubio-Herrera, R. (1981): El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36(4), 719-727.
- Sánchez G. M. (1998). Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. *Salud, enfermedad y calidad de vida*. Cap. 22. 319-40.
- Schaie, K. W y Willis, S. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. 5ª ed. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Sen, A. (2001). El desarrollo como libertad. Pg:19-76.
- Shumaker SA, Naughton MJ.(1995). The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective.Measurement and Analysis. 3-10.
- Sigüenza-Pacheco M., Sigüenza-Pereira C., Sinche N., *Calidad de Vida en el Adulto Mayor en las Parroquias Rurales de la Ciudad de Cuenca, 2013*. Tesis. Universidad de Cuenca, 2013. Cuenca-Ecuador. Retrieved from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5022/1/Tesis.pdf>
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., Sartorius, N., Orley, J., Kuyken, W., Van Dam, F. (2004). *Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings - The*

history of the WHOQOL instruments. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(1), 1–8. <http://doi.org/10.1007/s00127-004-0700-5>

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2004). *Guía de la Buena Práctica Clínica en Geriátría. Depresión y Ansiedad.*, Scientific Communication Management, Barcelona, pp 13-64.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2011). *Manual del Residente en Geriátría.*, (1era edición) Madrid-España. Ene Life Publicidad S.A.

Tavares D.M.S., De Paiva M., Dias F.A., Diniz M.A., Fernandes M.N.P., (2013). *Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero.* Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original. Retrieved from <http://www.eerp.usp.br/rlae/>.

Tavares D.M.S., Barreto G.O, Dias F.A., Pegorari M.S., Martins N.P.F, Ferreira PCS. (2015). *Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil.* Rev Peru Med Exp Salud Pública.; 32(1):58-65.

Tomás-Sábado, (2006): Variables Relacionadas con Ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología general y aplicada.* 2(2), 4-5.

Thomas, L.V. (1973). *La Muerte.* Barcelona: Paidós Estudios.

- Torres Hidalgo, M., Quezada V., M., Rioseco H., R., & Ducci V., M. E. (2008). *Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF*. Revista Médica de Chile, 136(3), 325–333. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>
- Torres-Olmedo, A. (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. Universidad de Colima, 2003. Colombia.
- Universidad de Cantabria. (2011,). *Hominización y longevidad*. Retrieved June 20, 2016, from OCW Universidad de Cantabria Web site: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-2.-hominizacion-y-longevidad/capitulo-2.-hominizacion-y-longevidad>.
- Urzúa A, Jarne A. (2008). *Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas*. Terapia Psicológica. 26: 207-14.
- Urzúa A, Loyola M, Navarrete M, Valenzuela F. (2014). El efecto de valorar la importancia atribuida a cada área de la vida en el auto reporte de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Argentina de clínica psicológica*. XXIII, 41-50.
- Urzúa A, Navarrete M,.(2012). *Calidad de vida: una revisión teórica del concepto*. Terapia Psicológica, 30:61-71.
- Varela, L, Chávez H, Herrera A, Sandoval C, Sánchez E, et al. (2005). *Desarrollando Respuestas Integradas en Sistemas de Salud en una Población en Rápido Envejecimiento*. OPS/OMS, Lima, Perú.
- Varela L. (2003). *Principios de Geriatria y Gerontología*. Editorial UPCH. Lima Perú.

- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). *Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida*. Salud Pública de México, 44(4), 448–463. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342002000500010>
- Villacís B., Carrillo D. (2011). *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito – Ecuador.
- Villalobos D. (2004). Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia. *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. Rev MH Salud ;1(1):2-11.
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C. S., & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, (13)3, 152-162.
- WHOQoL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQoL). (1995). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*; 41 (10): 1403-09.
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). *Age trajectories of quality of life among older adults: Results from the English longitudinal study of Ageing*. Quality of Life Research, 18(10), 1301–1309. <http://doi.org/10.1007/s11136-009-9543-6>

APÉNDICE

APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Documento de consentimiento informado dirigido para hombres y mujeres Adultos Mayores de la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor (HAIAM) que deseen participar del estudio: “Percepción de la calidad de vida mediante el cuestionario WHOQoL-OLD en Adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor (HAIAM) de Quito”.

Propósito: Calidad de Vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social, lo cual representa un gran indicador de su estado de salud y factores que la protejan y la pongan en riesgo. Valorar la percepción de la Calidad de Vida de la población de adultos mayores que son atendidos en el HAIAM de la ciudad de Quito mediante cuestionarios específicas de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL-OLD), es el propósito de este estudio.

Tipo de Intervención de Investigación: se realizará mediante el llenado de cuestionarios.

Selección de participantes: Invitamos a hombres y mujeres con edad mayor a los 65 años de la consulta externa del HAIAM.

Duración aproximada: 30 minutos.

Riesgos: Ninguno.

Beneficios: el participante y los cuidadores tienen el derecho de saber los resultados del cuestionario con toda libertad.

Los investigadores garantizan la confidencialidad de los datos personales de las personas encuestadas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Participantes analfabetos

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ **Y Huella dactilar del participante**

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado _____ **(iniciales del investigador/asistente)**

APÉNDICE 2. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE MORBILIDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer el perfil sociodemográfico y la percepción de bienestar de los pacientes, que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de los investigadores; le solicitamos que lea con atención cada pregunta y conteste con sinceridad. ¡Agradecemos su participación!.

1. ¿Qué **edad** tiene? _____

2. ¿Cuál es su **sexo**? 1. Hombre _____ 2. Mujer _____

3. Marque su **estado civil**:

¹ Soltero/a ____ ² Casado/a ____ ³ Unión libre ____ ⁴ Separado/a ____ ⁵ Divorciado/a ____ ⁶ Viudo/a ____

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción? (marque el último que haya completado)

¹ Ninguno ____ ² Primaria ____ ³ Secundaria ____ ⁴ Superior ____

5. ¿Con quién vive?

¹ Solo ____ ² Con pareja ____ ³ Con hijos ____ ⁴ Pareja e hijos ⁵ Otro familiar ____ ⁶ Cuidador ____

6. ¿Con qué grupo étnico cultural se identifica?

¹ Blanco ____ ² Mestizo ____ ³ Indígena ____ ⁴ Afro ecuatoriano ____ ⁵ Montubio ____ ⁶ Mulato ____ ⁷ Otro ____

7. ¿Qué enfermedades tiene?

Diabetes __. Hipertensión __. Cáncer de _____. Artritis __. Artrosis ____ Osteoporosis __

Hipo/hipertiroidismo __ Otros __. ¿Cuáles?

cod. # (Asignado por investigadores) _____

APÉNDICE 3. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PACIENTES

Le solicitamos que nuevamente realice una lectura rápida del cuestionario (WHOQoL-OLD) que ha recibido.

- Tuvo alguna dificultad para entender alguna pregunta. Indíquenos, ¿Cuál, qué entendió o qué no está claro?
- Respecto a la redacción de las preguntas, que palabras le resultarían más fáciles de entender.
- ¿Qué dificultades presento durante la resolución del cuestionario?
- ¿Qué sentimientos experimentó durante la resolución del cuestionario?
- ¿En qué momento le habría gustado que se le realice este cuestionario? (Pensando en la atención en salud, Consulta médica)
- Respecto a las preguntas. ¿Qué le gustó y que le disgustó?
- ¿Se sintió cómodo respondiendo el cuestionario?
- Recomendaciones. (¿Qué aspectos piensa que se deben considerar para valorar Calidad de Vida?)

**APÉNDICE 4. CUESTIONARIO: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE
– OLDER ADULTS (WHOQoL-OLD)**

CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Versión Española adaptada*

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona mayor de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. *A veces, ésta puede ser su primera respuesta.*

Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas. Así, hará un círculo en el *número 4* si usted se ha preocupado sobre su futuro “*Bastante*”, o un círculo en el *número 1* si usted se ha preocupado “*Nada*” sobre su futuro.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y elija su respuesta haciendo un círculo en el número que mejor le corresponda.

Gracias por su ayuda!

En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en las experiencias de las 2 últimas semanas.

Elija su respuesta haciendo un círculo en el número que corresponda, donde 1 es nada y 5 es extremadamente.

	Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
W.3 ¿Qué tanto afecta su vida diaria la alteración de uno o varios de sus sentidos (por ejemplo, para escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto)?	1	2	3	4	5
W4. ¿Qué tanto afecta su capacidad para participar en actividades la pérdida de algunos o varios de sus sentidos (como para escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto)?	1	2	3	4	5
W5. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
W6. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
W7. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea respeta su libertad?	1	2	3	4	5
W8. ¿Cuánto le preocupa a usted la manera en que morirá?	1	2	3	4	5
W9. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
W10. ¿Cuánto le asusta a usted morir?	1	2	3	4	5
W11. ¿Cuánto teme usted sentir dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en las actividades que usted fue capaz de hacer parcial o completamente en las 2 últimas semanas.

Elija su respuesta haciendo un círculo en el número que corresponda, donde 1 es nada y 5 es totalmente.

	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
W12. ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (como escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?	1	2	3	4	5
W13. ¿Qué tanto cree usted que puede hacer las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
W14. ¿Qué tan satisfecho/a está con las oportunidades que tiene para lograr cosas en la vida?	1	2	3	4	5
W15. ¿En qué medida siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
W16. ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
W17. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con lo que ha conseguido en la vida?	1	2	3	4	5

W18. ¿Qué tan satisfecho/a está con la manera en la que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5
W19. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
W20. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con las oportunidades que tiene para participar en actividades de la comunidad (amigos, clubes, iglesia, etc)	1	2	3	4	5

	Muy descontento/a	Descontento/a	Ni contento/a ni descontento/a	Contento/a	Muy contento/a
W21. ¿Qué tan contento/a se siente al pensar en su futuro?	1	2	3	4	5

	Muy mal	Mal	Ni mal ni bien	Bien	Muy bien
W22. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de sus sentidos (audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor considere estas preguntas con referencia a un compañero/a u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

	Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
W23. ¿En qué medida se siente acompañado/a en su vida?	1	2	3	4	5
W24. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?	1	2	3	4	5
W25. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
W26. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
W1. ¿Qué tan satisfecho se siente con su vida? (como puntuaría su calidad de vida)	1	2	3	4	5
W2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5